Travail du Service de M. le Dr Foisy, chirurgien de l'Hôpital de Châteaudun.

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1930 — THÈSE — N° 233

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

André QUERIAULT

Né le 29 février 1904, à Châteaudun

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

DES

OCCLUSIONS INTESTINALES

D'ORIGINE APPENDICULAIRE

Président : M. LEJARS, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1930

Travail du Service de M. le Dr Foisy chirurgien de l'Hôpital de Châteaudun.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1930 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

PAR

André QUERIAULT

Né le 29 février 1904, à Châteaudun

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

DES

OCCLUSIONS INTESTINALES

D'ORIGINE APPENDICULAIRE

Président : M. LEJARS, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1930

DOYEN. . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. M. LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeurs sans chaire	BRANCA. MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.
AUBERTIN . . Pathologie médicale.
BÉNARD (H.) . Pathologie médicale.
BINET . . . . Physiologie.
BLANCHETIÈRE. Chimie biologique.
BROCQ. . . . Pathologie chirurgicale
BRULÉ . . . . Pathologie médicale.
CADENAT. . . Pathologie chirurgicale
CATHALA. . . Pathologie médicale.
CHABROL . . Pathologie médicale.
CHEVALLIER. Pathologie médicale.
De GAUDART d'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
DOGNON. . . Physique.
DONZELOT. . Pathologie médicale.
ÉCALLE . . . Obstétrique.
FEY. . . . . Urologie.
GARNIER. . . Pathologie expérimentle
GASTINEL . . Bactériologie.
GATELLIER. . Pathologie chirurgicale
GIROUD . . . Histologie.
HARVIER. . . Pathologie médicale.
HOVELACQUE Anatomie.
HUTINEL. . . Pathologie médicale.
JOANNON . . Hygiène.
JOYEUX . . . Parasitologie.

MM.

LABBE (Henri) Chimie biologique.
LAROCHE (G.) Pathologie médicale.
LEMAITRE . . Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX . . . Anatomie pathologique
LEVEUF . . . Pathologie chirurgicale
LIAN . . . . . Pathologie médicale.
MERCIER (F.). Pharmacologie.
MONDOR. . . Pathologie chirurgicale
MOREAU . . . Pathologie médicale.
MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
MOURE. . . . Pathologie chirurgicale.
MULON. . . . Histologie.
OBERLING . . Anatomie pathologique.
OLIVIER . . . Anatomie.
PIÉDELIÈVRE Médecine légale.
PORTES . . . Obstétrique.
QUÉNU. . . . Pathologie chirurgicale,
RICHET. . . . Physiologie.
SÉZARY. . . . Dermatologie et Syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur) . . Pathologie médicale
VAUDESCAL. Obstétrique.
VELTER . . . Ophtalmologie.
VERNE. . . . Histologie.
VIGNES . . . Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET . . . . . Pharmacologie.
GUENIOT . . . . . Obstétrique.
LEQUEUX . . . . . Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
RETTERER . . . Histologie.
ZIMMERN . . . . Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.	
ALGLAVE. . .	Clinique chirurgicale.
AUVRAY. . .	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU . .	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.
LE LORIER . .	Clinique obstétricale.

MM.	
LÉRI	Clinique médicale.
MOCQUOT . .	Clinique chirurgicale.
PROUST. . . .	Clinique chirurgicale
SCHWARTZ .	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

FREY.	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique
WEILL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES GRANDS-PARENTS

A MES PARENTS

En témoignage de ma profonde affection.

A MA SŒUR

A LA MÉMOIRE DE MON AMI

LE DOCTEUR CHARLES PETIT

MEIS ET AMICIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEJARS

Professeur de la Clinique chirurgicale
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR EMILE FOISY

Chirurgien de l'Hôpital de Châteaudun
Chevalier de la Légion d'honneur

Qui nous a inspiré ce travail. Hommage de profond respect et de vive reconnaissance pour les conseils qu'il nous a prodigués et pour le bon accueil qu'il nous a toujours réservé dans son service.

A MES MAITRES DANS LES HÔPITAUX

Stage :

M. le Professeur SERGENT
M. le Professeur LEJARS
M. le Professeur agrégé RIBIERRE (*in memoriam*)
M. le Professeur LENORMANT

Externat :

M. le Professeur agrégé LARDENNOIS
M. le Professeur agrégé Charles RICHET
M. le Docteur LESAGE
M. le Professeur agrégé METZGER
M. le Professeur agrégé S. I. DE JONG (*in memoriam*)
M. le Docteur FLANDIN
M. le Docteur DUFOUR
M. le Docteur WEISSEMBACH
M le Professeur agrégé CHEVASSU

A MES MAITRES

MM. PRUVOST, MONNIER-VINARD
Médecins des Hôpitaux
MM. MÉTIVET, BRÉCHOT, MADIER
Chirurgiens des Hôpitaux

DES

OCCLUSIONS INTESTINALES

D'ORIGINE APPENDICULAIRE

INTRODUCTION ET HISTORIQUE

L'occlusion intestinale d'origine appendiculaire est connue depuis longtemps, car bien avant que l'appendicite ait été décrite comme une entité morbide bien définie, on avait attribué à l'appendice iléo-cæcal la cause de certains étranglements internes. Duchaussoy dans une communication à l'Académie de médecine (1859) rapporte 16 cas d'occlusion due à l'appendice lui-même. Ces cas sont alors des trouvailles d'autopsie. Puis à mesure que l'infection appendiculaire est mieux connue de nouveaux éléments surviennent et différents travaux attirent l'attention sur cette affection.

Déjà Thibierge, dans sa thèse (1884) sur l'obstruction intestinale sans obstacle mécanique et Poupon (1886) sur les pseudo-étranglements par péritonite primitive, rapportent des observations d'occlusion au cours des péritonites et notent en passant les lésions de l'appendice. Plus tard, les observations d'Albarran et Caussade ; d'Aviragnet

et Léon Bernard (1898) rapportent des cas d'iléus paralytique au cours de l'appendicite.

D'autre part des occlusions mécaniques par brides ou adhérences, dont on montre l'origine appendiculaire sont publiées ; en particulier Souligoux et Sacquépée (1899) rapportent des cas de volvulus. Walther et son élève Levrey, la même année, signalent le rôle de l'épiploïte au cours de l'appendicite.

Une revue générale de Marion dans la *Gazette des Hôpitaux* et la thèse de Vignaud (1900) sont les premiers travaux d'ensemble sur la question. Viennent ensuite les communications de Broca (1901) et de Kirmisson ; puis les rapports à la Société de chirurgie en 1904. Les thèses de Carayon (1904), inspirée par Patel, Folliot (1905) Grouew (1906), inspirée par Marion qui met en lumière l'iléus paralytique dans les appendicites. Lamy (1908) apporte de nouvelles observations.

En 1911 la question vient à la tribune de la Société des Chirurgiens de Berlin. Ruge et Körte y apportent leurs statistiques et des conclusions thérapeutiques. Cette discussion a son écho en France où Lenormant publie un travail dans la *Presse médicale*. Gaudin dans sa thèse (1914) consacre un chapitre important aux occlusions chroniques.

Puis périodiquement de nouvelles communications sont faites. Le rapport de Mathieu (1924) celui de Chifoliau (1927) sur un travail de Voncken font mettre la question à l'ordre du jour de la Société de Chirurgie et de nombreuses observations affluent.

Plus récemment Joubert (1926) étudie les occlusions contemporaines de l'infection, Sacerdot (1927) met en lumière les occlusions primitives et Theillier (1928) s'attache au traitement des occlusions post-opératoires.

En suivant le service de notre Maître M. Foisy à l'hôpital de Châteaudun, il nous a été donné d'observer quelques cas d'occlusion intestinale post-opératoire. Nous avons été frappés par la gravité de cette complication dans certains cas et par la diversité des formes qu'elle pouvait revêtir.

Aussi sur les indications de M. Foisy qui a bien voulu nous confier ses observations personnelles, nous avons recherché ce qui a été publié sur ce sujet et en particulier les communications et les discussions de la Société de Chirurgie.

Nous présenterons donc une étude d'ensemble des occlusions intestinales au cours de l'appendicite, en insistant sur les notions nouvellement mises en lumière par les travaux récents et par les enseignements qui découlent des vingt-et-une observations inédites dont nous donnons la relation.

CONSIDERATIONS GENERALES

Fréquence. — Elle est difficile à apprécier en raison de la fréquence de l'iléus paralytique par péritonite. Les statistiques des différents auteurs ne concordent pas, car certains d'entre eux éliminent l'iléus paralytique. La plupart d'entre eux n'ont apporté des statistiques d'occlusion intestinale qu'après appendicite aiguë.

Nous apportons ici les statistiques que nous avons pu relever :

AUTEURS	Nombre d'occlusions	Nombre d'appendicites aiguës	Pourcentage
Mac Williams.....	18	687	2,62 %
Beeckmen.....	34	500	6,8 %
Mac Neill Love.....	17	421	4 %
Savoriaud.....	1	250	0,4 %
Körte.....	44	2.384	1,84 %
Joubert.....	10	700	1,42 %
Foisy (inédite).....	11	366	3 %

Conditions anatomiques. — L'occlusion intestinale peut être observée dans toutes les localisations

de l'appendice. Mais elle est particulièrement fréquente dans les *formes pelviennes* de l'appendicite. L'appendice va se fixer en arrière vers les flancs du rectum ou vers la symphyse sacro-iliaque. La disposition des anses dans le bassin autour de ce foyer d'infection favorise les agglutinations d'anses ou la formation d'abcès.

Les localisations mésocœliaques de l'appendice semblent prédisposer aux formes occlusives. L'appendice se dirige en dedans vers la ligne médiane et atteint la région ombilicale ou même la fosse iliaque gauche.

Age. — Les formes occlusives de l'appendicite s'observent à tous les âges et particulièrement chez des sujets jeunes comme le montrent nos observations. Mais ce fait est dû uniquement à la plus grande fréquence des appendicites aiguës chez l'enfant et chez l'adolescent.

La grossesse semble être pour certains auteurs une cause prédisposante à l'apparition de l'occlusion au cours de l'appendicite.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET MÉCANISME

Les causes de l'occlusion intestinale d'origine appendiculaire sont extrêmement variables. Nous étudierons d'abord les occlusions sans obstacle mécanique.

Occlusions sans obstacle mécanique. — Elles sont dues à la péritonite au cours des appendicites aiguës opérées ou non. Cette péritonite détermine des troubles profonds du système nerveux auxquels Gübler a donné le nom de « péritonisme » et parmi ces troubles il faut ranger les modifications de la contractilité intestinale.

La théorie actuellement admise est la mise en application de la célèbre loi de Stokes : l'infection du péritoine paralyse la musculature intestinale. Mais seule, cette paralysie ne permettrait pas d'expliquer le syndrome d'occlusion aiguë que l'on constate cliniquement, si l'intestin paralysé ne se laissait pas distendre ; les matières s'entassent dans cette anse, augmentant encore par cette distension l'impossibilité de réagir et complétant ainsi par de l'obstruction l'arrêt des matières et des gaz qui devient absolu.

Cette explication des pseudo-occlusions, qui ont été bien étudiées par Henrot et Thibierge dans leur thèse, a été discutée par différents auteurs, et en particulier par Duplay, qui ne croyait pas ce processus suffisant pour provoquer l'iléus. Il lui reprochait surtout de ne pas expliquer l'apparition des vomissements qui l'accompagnent puisque, disait-il, la paralysie doit supprimer les mouvements péristaltiques de l'intestin. Or, la paralysie, comme la péritonite, n'est pas toujours généralisée, et il suffit à une anse d'être paralysée, pour que l'occlusion se produise. Les mouvements péristaltiques peuvent persister dans le reste de l'intestin et c'est d'ailleurs ce qu'on rencontre le plus souvent dans l'appendicite quand la péritonite est localisée et intéresse seulement une portion de l'intestin.

Une autre théorie a été apportée : c'est la théorie réflexe L'excitation déterminée, par le péritoine enflammé, sur les nerfs voisins se réfléchit après son passage dans les centres nerveux sur les nerfs splanchniques. Elle parvient ainsi, conformément aux expériences de Pflüger, à produire l'arrêt des mouvements de l'intestin.

C'est d'ailleurs cet apéristaltisme réflexe que l'on rencontre après toute opération abdominale et qui provoque la constipation constante que l'on peut noter pendant les premiers jours qui suivent l'intervention.

Pour Thibierge, les deux théories, paralytique et réflexe, seraient en cause simultanément pour

expliquer ainsi l'intensité des phénomènes d'obstruction dans les péritonites aiguës.

Marion signalait en 1900, dans une revue générale de la Gazette des hôpitaux, deux observations d'occlusion intestinale où l'appendice était altéré, mais sans réaction péritonéale apparente. Les anses grêles étaient distendues non rouges et non adhérentes. La guérison fut obtenue par appendicectomie. Marion ajoute : « tels sont les deux faits qui font admettre une occlusion réflexe dans le cours de l'appendicite. Bien qu'il ne soit pas possible de faire une démonstration absolue de cette variété d'occlusion, je crois pourtant qu'il faut l'admettre pour expliquer certains faits incompréhensibles autrement. »

Avec Pierre Duval, on peut conclure que si un stade d'apéristaltisme réflexe apparaît à la suite de toute opération abdominale, du moins, l'iléus paralytique vrai est toujours fonction d'une péritonite.

Mais comme Lenormant l'écrit : « Il faut bien savoir que, bien souvent, en particulier en cas de péritonite appendiculaire, ces occlusions ne sont pas uniquement dynamiques, et qu'à la paralysie intestinale s'ajoute habituellement un facteur mécanique qui n'est pas négligeable : il y a déjà des adhérences dans ces foyers récents, et les coudures de l'intestin ne sont pas rares ».

En résumé, si dans un certain nombre de cas, il existe au cours de l'appendicite des occlusions sans obstacle mécanique dues à la péritonite concomi-

tante dont le mécanisme exact a été discuté : paralysie intestinale pour les uns, réflexe pour les autres ; souvent à l'occlusion paralytique s'adjoint un facteur mécanique dû à des adhérences inflammatoires.

Occlusions avec obstacle mécanique. — La péritonite circonscrite, qui limite le foyer appendiculaire, s'accompagne de la formation d'adhérences multiples et d'agglutinations plus ou moins étendues des anses intestinales. Elle réalise des dispositions anatomiques variées que nous allons examiner.

Agglutinations d'anses. — Elles sont très fréquentes et sont provoquées par des exsudats fibrino-purulents. Les anses sont agglutinées par des adhérences plus ou moins serrées qui provoquent des coudures de l'intestin.

Elles sont d'étendue variable réalisant tantôt une coudure unique et bien limitée, tantôt une agglomération d'anses adhérentes entre elles. Ces adhérences, qui au début limitent souvent des foyers purulents, peuvent persister après la période aiguë d'inflammation, et rester lâches et molles, pendant plusieurs mois. Elles peuvent réaliser des adhérences vélamenteuses, larges et disposées en éventail, ou des tractus allongés de longueur variable. Elles fixent entre elles des anses intestinales, ou bien les fixent à la paroi ou aux divers organes de la cavité abdominale, créant ainsi des ponts sous lesquels l'intestin peut s'engager et s'étrangler.

Nous insistons sur la fréquence des adhérences des anses grêles au niveau de la cicatrice d'appendicectomie.

Il peut paraître surprenant que des adhérences lâches puissent réaliser ainsi un syndrome d'occlusion aiguë. Comme l'explique Marion, « ces adhérences de péritonite aiguë sont généralisées d'emblée et déterminent rapidement l'arrêt des matières et des gaz, d'autant que l'intestin qui vient de subir un si rude assaut n'a pas recouvré sa parfaite contractilité et n'est pas en état de lutter contre les obstacles multiples accumulés sur son trajet ».

D'autre part, on peut être étonné de voir des adhérences intestinales longtemps bien tolérées provoquer brusquement l'occlusion. Il n'est possible de démontrer ce fait qu'en le rapprochant du mécanisme de l'engouement, puis de l'étranglement dans les hernies. Qu'un afflux de gaz ou de matières se produise au niveau d'une coudure provoquée par l'accollement de deux anses, la pression dans l'anse sus-jacente distend celle-ci et le genou qui unissait les deux anses se coude à angle aigu, réalisant ainsi l'iléus.

D'ailleurs, passé la période aiguë, nombre de ces adhérences peuvent se résorber ou devenir assez lâches ; c'est ce qui explique la rareté des occlusions.

Coudures. — Parfois les adhérences, au lieu de fixer un paquet important d'anses intestinales,

peuvent se limiter à une seule anse qui se coude à angle aigu, réalisant ainsi une coudure.

Dans quelques cas, la coudure peut être provoquée par la fixation d'une anse, soit sur le mésentère comme le fait la bride de Lane, en formant un angle aigu ouvert en bas, soit, comme y insiste Lardennois, en fixant l'intestin grêle à 10 à 12 centimètres de son abouchement, contre le péritoine pelvien, en dessinant une coudure aiguë compliquée d'un enroulement sur l'axe longitudinal de l'iléon.

Brides. — Souvent, les adhérences peuvent prendre le volume d'une plume d'oie pour réaliser une bride. Ces brides affectent les formes les plus disparates, arcades, ponts, nœuds plus ou moins complexes, et constituent un danger d'étranglement.

Brides épiploïques. — Parmi les brides, nous signalerons celles qui sont réalisées par l'épiploon qui, étant enflammé au cours de l'appendicite, pourra contracter des adhérences au péritoine pariétal ou aux organes abdominaux constituant ainsi des brides. Ces brides épiploïques sont capables de constituer des obstacles qui viennent aplatir l'intestin et produire des étranglements.

Des cas de ce genre ont été publiés par Walter et par ses élèves : Levrey dans sa thèse sur le rôle de l'épiploïte aiguë ou chronique au cours de l'appendicite et Haller qui insiste sur le rôle de l'épiploïte chronique dans l'appendicite chronique.

Parfois, comme dans notre observation 21, l'étranglement peut être dû à une anse grêle qui,

aplatie comme un ruban, constituait une véritable bride allant de l'angle iléo-cæcal au détroit supérieur et barrait des anses dilatées.

Abcès. — Les abcès appendiculaires sont une cause fréquente d'occlusion, soit par leur volume en comprimant la lumière intestinale par la tension du pus qu'ils renferment, soit en fixant des anses qui les limitent et agissent ainsi comme des adhérences banales.

Nous avons relevé dans les observations de M. Foisy 3 cas d'occlusion ayant cédé après évacuation d'un abcès (obs. 15, 16, 17).

Il est à remarquer que ces abcès existent plus fréquemment dans les localisations pelviennes de l'appendice.

En dehors de ces causes fréquentes d'occlusion on peut observer d'autres mécanismes, mais ils sont rares.

Etranglements par l'appendice lui-même. — Ce sont les premières causes d'occlusion qui aient été observées dans l'appendicite. Elles peuvent être réalisées par un appendice en apparence sain, mais en réalité plus ou moins altéré. Le plus souvent, on trouve l'appendice malade et parfois gangrené par arrêt circulatoire. Il est turgescent, allongé. Son extrémité souvent renflée est adhérente à la paroi ou à un autre organe de la cavité abdominale et une anse intestinale est venue s'étrangler derrière lui. Plus rarement il est enroulé autour de l'intestin, formant ainsi un anneau serré. Parfois même, l'oc-

clusion est tardive et apparaît brusquement après une période souvent méconnue d'appendicite chronique. On découvre à l'intervention une bride étranglant la lumière intestinale et on reconnaît que cette bride est l'appendice lui-même devenu fibreux, qu'il était impossible de connaître à première vue. Nous rapportons des cas d'étranglements par l'appendice, dans les observations 5, 6, 7, 8, 9, 10.

Volvulus. — Quelques cas de volvulus ont été observés. Souligoux et Sacquépée en ont publié des observations dès 1899.

Il peut siéger sur l'intestin grêle ou sur le cæcum. La torsion du grêle peut être facilitée par la fixation de la portion terminale de l'iléon, ou bien, comme dans le cas de Nicolaysen, par l'adhérence de l'appendice lui-même à l'intestin. Le cæcum peut aussi se tordre sur son axe, surtout quand il possède un long méso et qu'il est fixé par son bas fond au moyen d'une bride par l'appendice adhérent. Le volvulus peut alors être constitué par une torsion isolée du cæcum et du côlon ascendant, ou par une torsion associée de la fin de l'iléon, du cæcum et du côlon (voir les obs. 30, 47 et 48).

Tumeurs inflammatoires. — Divers cas de compression intestinale par une tumeur de l'appendice ont été publiés. Lenormant en rapporte un cas de Körte (de Berlin). Ces tumeurs sont développées aux dépens de calculs stercoraux situés au voisinage de l'appendice et qui deviennent le centre d'une masse inflammatoire qui coude, ou comprime des

anses réalisant des crises de sob-occlusion chronique. Nous apportons trois observations inédites de M. Foisy relatant des cas semblables (obs. 43, 44 et 45).

Rétrécissements cicatriciels. — On peut rencontrer aussi des sténoses cicatricielles de l'iléon dues à l'appendicite. Elles sont probablement dues à une rétraction de fausses membranes englobant complètement l'intestin. Témoin le cas que Guimbellot et Laffite ont rapporté à la Société de Chirurgie (obs. 46). Ces cas sont rares et provoquent des occlusions tardives.

Accessoirement, nous citerons les étranglements par éventration consécutive à l'appendicectomie. Ces cas n'entrent pas dans notre description.

Nous remarquerons que fréquemment le mécanisme de l'occlusion n'est pas unique, mais qu'on peut voir chez le même malade plusieurs lésions concomitantes. Par exemple adhérences et brides, volvulus et coudures. Et que, comme nous l'avons vu plus haut, la paralysie intestinale d'origine péritonéale est souvent associée à l'occlusion mécanique.

Nous verrons plus tard, en parlant du traitement, l'importance qu'ont ces diverses formes pour l'institution d'une thérapeutique.

SYMPTOMES ET EVOLUTION

Les occlusions intestinales d'origine appendiculaire se présentent sous deux formes : *les occlusions sans obstacle mécanique* qui réalisent le tableau de l'iléus paralytique dû à la péritonite et *les occlusions de cause mécanique.*

Ces deux formes n'ont pas en elles-mêmes de caractères spéciaux du fait de l'appendicite. Nous retrouvons, dans leur étude, les principaux symptômes qu'il est classique de décrire dans l'occlusion intestinale. Mais c'est plutôt dans leur mode d'apparition et dans leur évolution que l'on rencontre des caractères un peu particuliers.

De plus, dans l'occlusion appendiculaire, et c'est ce qui en fait l'intérêt et la gravité, la symptomatologie de l'iléus paralytique et celle de l'iléus mécanique sont le plus souvent confondues ; car ces deux formes relèvent d'une même cause : l'inflammation péritonéale. Mais il est indéniable qu'il y a des cas où l'une de ces formes peut se présenter seule. C'est ainsi que dans les occlusions primitives l'iléus paralytique domine, tandis que dans les formes tardives on rencontre plutôt des occlusions avec obstacle mécanique.

C'est par l'étude de leur date et de leur mode d'apparition que l'on pourra mieux les distinguer.

Aussi nous envisagerons :

1° Les occlusions survenant au cours de la crise appendiculaire aiguë ;

2° Celles qui apparaissent après intervention sur le foyer d'appendicite ;

3° Les formes tardives d'occlusion que l'on peut observer après des appendicites aiguës opérées ou non, ou après une longue phase d'appendicite chronique.

L'OCCLUSION AU COURS DE L'APPENDICITE AIGUE

Elle peut se présenter sous deux aspects cliniques particuliers : ou bien on assiste à une crise d'appendicite aiguë qui se complique ensuite d'occlusion intestinale, ou bien l'occlusion masque la crise appendiculaire et s'accompagne de signes inflammatoires plus ou moins discrets et c'est le plus souvent à l'intervention que l'on découvre les lésions appendiculaires causales.

A) L'OCCLUSION COMPLIQUE LA CRISE APPENDICULAIRE

Le début est brutal. On voit apparaître brusquement chez un sujet le plus souvent jeune, un enfant ou un adolescent, une douleur violente dans l'abdomen avec maximum dans la fosse iliaque droite. Elle est continue, entrecoupée de paroxysmes très violents et s'accompagne de nausées puis de vomissements. En quelques heures la crise s'affirme. La douleur qui siégeait d'abord dans la fosse iliaque droite s'étend vers l'ombilic, gardant son maximum à son point de départ. L'état nauséeux persiste, la

constipation est de règle, l'abdomen est immobile, un peu ballonné et ne suit pas les mouvements respiratoires.

A la palpation on note de l'hyperesthésie cutanée, une douleur provoquée au point de Mac Burney et de la contracture dans cette région.

Le faciès est légèrement grippé, la langue est saburrale. La température s'élève à 38 et même à 39°, le pouls reste bien frappé à 100.

Brusquement au bout de 24 à 48 heures la douleur qui s'était un peu calmée sous l'effet de la diète, du repos, et de la glace redevient violente ; elle est continue, présente des paroxysmes pouvant avoir le caractère de coliques avec du péristaltisme. Le météorisme abdominal est considérable, les vomissements reprennent, fréquents et abondants. La température reste élevée, le pouls devient plus rapide, il monte à 120, il est petit et filant. L'arrêt des matières et des gaz est complet depuis le début de la crise. Le faciès est altéré. On se trouve ainsi en présence d'un syndrome complet d'occlusion intestinale aiguë.

Il est des cas assez rares où une débâcle spontanée peut survenir. Cette éventualité se produit surtout dans les formes avec abcès pelvien (appendicite pelvienne). L'abcès s'évacue par le rectum en même temps qu'une grande quantité de matières et de gaz ; tel est le cas rapporté dans l'observation 3 et les symptômes d'occlusion cessent immédiatement.

Le plus souvent, l'évolution de l'occlusion abandonnée à elle-même est particulièrement rapide et grave. Le météorisme s'accentue, les vomissements deviennent fécaloïdes, l'état général s'altère profondément, le facies se transforme, le pouls est rapide, petit et filant. Le malade est baigné de sueurs froides, il a du hoquet et de la dyspnée, et la mort survient au milieu de signes d'infection et d'intoxication dans le collapsus cardiaque.

Seule une intervention chirurgicale précoce peut permettre de sauver le malade, l'hésitation n'est pas permise dans ce cas, car le diagnostic appendicite a pu être fait de bonne heure et a commandé le traitement.

L'apparition de ces signes d'occlusion peut être variable, soit qu'ils surviennent dès les premières heures de la crise, ils réalisent rapidement le tableau de l'iléus qui se surajoute à celui de l'appendicite, soit qu'après l'évolution, ou même une cédation de 24 à 48 heures de la crise d'appendicite, on assiste à la réapparition rapide des signes et le syndrome d'occlusion aiguë se complète en quelques heures.

B) L'OCCLUSION MASQUE L'APPENDICITE

Parfois, les signes occlusifs peuvent précéder les signes appendiculaires et les masquer. L'occlusion apparaît brusquement sans prodromes chez un sujet en bonne santé apparente par une douleur abdomi-

nale violente qu'il localise en un point de l'abdomen et l'oblige à s'aliter. Il commence bientôt à être tourmenté par des envies fréquentes d'aller à la selle, non suivies de résultat. A ce moment survien nent des éructations, des nausées et des vomissements répétés. Ces vomissements sont successivement alimentaires, muqueux, puis bilieux. Le ventre est rétracté, la constipation est absolue.

Pendant un temps variable, 12 à 48 heures, les signes peuvent rester stationnaires, mais la situation est sérieuse et le pronostic réservé, car rapidement l'état général devient grave, la respiration s'accélère. Le pouls bat entre 110 et 160, filiforme, irrégulier ; la température oscille entre 37° et 38°. On note de l'oligurie. L'arrêt des matières et des gaz est complet. L'abdomen se ballonne progressivement, les vomissements deviennent fécaloïdes. Il est impossible d'obtenir un renseignement utile par la palpation de l'abdomen, soit parce qu'il existe de l'hyperesthésie cutanée, soit parce que la contracture est très développée.

On cherche la cause d'une telle occlusion. Quelquefois l'apparition d'une douleur à droite au début, avec un peu de température, peut orienter le diagnostic vers l'appendicite, mais ces signes sont très inconstants.

C'est dans ces cas que l'on pourrait rechercher le signe du phrénique décrit par Iliescu dans l'appendicite. La pression du phrénique droit entre les insertions inférieures du sterno-cléido-mastoïdien

donne une douleur qui n'existerait que dans les lésions appendiculaires, et permettrait d'éliminer les occlusions dues à une autre cause.

Aussi le plus souvent on décide d'intervenir pour chercher la cause et tenter d'y remédier.

Dans cette forme, comme dans la précédente, il est difficile de savoir si l'occlusion est due à une cause dynamique ou à un obstacle mécanique.

Tantôt l'absence de péristaltisme et l'exagération des signes inflammatoires : température à 39°, avec contracture, feront penser à une occlusion sans obstacle mécanique.

Tantôt au contraire l'existence de coliques violentes avec péristaltisme très marqué et l'absence de fièvre feront soupçonner un obstacle mécanique.

Mais ces signes sont trompeurs, et le plus souvent les deux formes coexistent : à un obstacle mécanique peut s'associer un élément dynamique et l'intestin paralysé est incapable de lutter contre un obstacle même peu important. C'est donc l'intervention qui permettra de faire le bilan des lésions.

S'il s'agit d'obstacle mécanique, on trouvera à l'ouverture du ventre des adhérences encore friables et peu nombreuses englobant des anses intestinales et les agglutinant autour du foyer où l'appendice est malade. Ces adhérences sont plus ou moins étendues suivant la date de l'intervention. Si l'opération est tardive, on tombe sur un paquet d'anses dilatées, rouges, agglutinées entre elles, par des adhérences déjà organisées et difficiles à libérer. D'ail-

leurs à cette période on pourra trouver toutes les causes d'occlusion mécanique que nous avons décrites : brides, coudures, abcès, etc...

Qu'il s'agisse au contraire d'une occlusion par paralysie : l'appendice est rouge, turgescent, parfois gangrené ; du liquide louche ou séro-purulent s'écoule du ventre. Les anses intestinales sont rouges, vascularisées, très dilatées, mais on ne trouve pas d'obstacle au cours des matières.

Quoi qu'il en soit, l'apparition de l'occlusion intestinale au cours de l'appendicite est toujours grave. Même l'intervention précoce ne sauve pas toujours le malade. Dans de nombreux cas, l'occlusion se reproduira après l'opération, soit que la péritonite continue à évoluer, soit que de nouvelles adhérences se constituent. Nous insisterons d'ailleurs sur l'apparition fréquente de ces accidents occlusifs chez des malades en état d'infériorité physique indiscutable : surmenés, affaiblis, tarés, etc..., qui sont dans l'impossibilité de faire les frais d'une affection très sérieuse par elle-même.

Nous reproduirons quelques observations qui mettront en valeur ce que nous venons de dire. Dans l'observation I le malade s'est présenté avec une occlusion aiguë primitive et d'origine inconnue et qui s'est révélée à l'intervention de cause appendiculaire. Le malade était éthylique ; malgré l'opération précoce et l'apparition d'une débâcle de matières, l'occlusion a persisté parce que la péritonite ne s'est pas amendée, et il a succombé.

L'OCCLUSION POST-OPÉRATOIRE

C'est l'occlusion qui apparaît chez les malades qui ont été opérés pour une appendicite : soit que le foyer ait été simplement drainé, soit que l'appendice ait été enlevé. Suivant sa date d'apparition, on peut distinguer trois variétés :

1° *L'occlusion post-opératoire précoce* qui survient aussitôt après l'intervention, du deuxième au quatrième jour au plus tard ;

2° *L'occlusion post-opératoire retardée* qui apparaît du quatrième au vingtième jour ;

3° *L'occlusion post-opératoire tardive* qu'on peut voir plus ou moins longtemps après l'intervention : quelques semaines, quelques mois ou même quelques années, comme dans l'observation 35 où l'occlusion survint 8 ans après l'opération.

Cette dernière forme n'offrant pas de signes spéciaux nous la décrirons en même temps que les occlusions tardives survenant après les appendicites non opérées.

Leur fréquence est difficile à préciser, car les statistiques ne reposent pas toutes sur les mêmes bases. Certains auteurs n'envisagent que les occlusions qui apparaissent pendant la période d'inflam-

mation, d'autres laissent de côté les formes qui sont dues à la paralysie intestinale. Joubert, dans sa thèse, arrive ainsi au total de 80 occlusions mécaniques pour 2.558 appendicites aiguës, soit un peu plus de 3 %.

Nous avons relevé dans la statistique de M. Foisy 11 cas d'occlusion après 366 opérations pour appendicite aiguë, soit à peu près 3 %.

1° OCCLUSION POST-OPÉRATOIRE PRÉCOCE

Elle apparaît chez un malade qui a été opéré deux à quatre jours auparavant pour une appendicite aiguë. Après l'opération, la douleur s'est atténuée, les vomissements ont disparu. Le malade n'a pas encore évacué de matières, la température a légèrement baissé, le pouls est bon, bien frappé, le facies est reposé. Quand brusquement la douleur redevient plus vive, des coliques douloureuses surviennent, les vomissements réapparaissent et l'occlusion intestinale aiguë se constitue avec arrêt complet des matières et des gaz, ballonnement du ventre, altération de l'état général.

Le péristaltisme peut parfois manquer, car cette forme est le plus souvent sous la dépendance de la péritonite. L'évolution est très grave, l'intoxication se surajoutant à l'infection, le malade succombe rapidement dans l'hypothermie et le collapsus.

Cette terminaison fatale, bien que très fréquente,

n'est heureusement pas constante. Parfois, sous l'influence du traitement médical, ou bien si on a fait un anus de décharge, on peut voir la fonction intestinale se rétablir.

Si le fait d'opérer précocement les appendicites aiguës semble faire diminuer la fréquence de ces formes, il faut bien dire cependant qu'il ne les supprime pas. Les observations que nous rapportons en sont la preuve. Dans l'observation 12 l'intervention a été très précoce (à la quatrième heure après le début de la crise) et dans l'observation 14, après 24 heures seulement. L'occlusion est cependant survenue et les malades ont succombé.

Nous insisterons sur la gravité d'emblée des formes avec péritonite grave. On trouve un appendice gangrené ou perforé, avec parfois du pus ou du liquide louche dans le ventre, et non seulement la péritonite ne cède pas à l'intervention, mais elle semble s'exacerber. Dans l'observation 12 la malade était encore très fatiguée après un accouchement pénible et récent, et elle n'était pas en état de supporter une telle intoxication.

Souvent, on voit évoluer ces formes précoces chez des malades ayant déjà présenté des symptômes d'occlusion depuis le début de la crise qui n'ont pas rétrocédé après l'intervention.

2° L'OCCLUSION POST-OPÉRATOIRE RETARDÉE

Elle apparaît en général chez un malade qui a été opéré quelques jours auparavant, généralement du 6e au 8e jour, pour un appendicite aiguë. On a enlevé un appendice sérieusement malade ou drainé un abcès, et les signes généraux se sont atténués en même temps que la douleur a beaucoup diminué. Les suites ont été normales, on a noté des évacuations de matières, les drains ont été retirés et tout semblait annoncer une guérison définitive.

Quand brusquement la douleur réapparaît rapidement, le syndrome d'occlusion aiguë se constitue, avec : coliques violentes, péristaltisme, vomissements, ballonnements du ventre, et arrêt complet des matières et des gaz.

Parfois la température est restée subfébrile depuis l'opération, les évacuations intestinales ont été régulières, la douleur est apparue progressivement et le tableau d'occlusion s'est constitué petit à petit.

Quelquefois les accidents peuvent manquer de netteté. Les contractions péristaltiques sont peu marquées. Dans ces cas, à l'obstacle mécanique s'associe la péritonite qui paralyse l'intestin.

Souvent aussi, l'occlusion prend une allure moins aiguë, elle est entrecoupée de débâcles de matières et de gaz et n'évolue que peu à peu vers l'occlusion

aiguë ; en même temps la température décrit des oscillations ascendantes, et on pensera à un abcès comme cause de l'occlusion. On fera un toucher rectal qui montrera chez la femme dans le cul-de-sac de Douglas, ou chez l'homme au-dessus de la prostate, une masse qui bombe et obstrue la lumière rectale, révélant ainsi la présence d'un abcès pelvien formé après l'opération.

Ces occlusions dues à des abcès, sont moins graves, elles guérissent : soit que l'abcès s'évacue spontanément par le rectum, comme dans l'observation 16, soit qu'on incise cet abcès, témoin l'observation 17.

Dans d'autres cas, l'attention sera attirée vers la cicatrice que l'on désunit pour évacuer une assez grande quantité de pus. Tel est le cas de l'observation 15.

S'il n'existe pas d'abcès l'état général est rapidement bien plus grave, et si on n'y porte pas remède, la stercorémie survient et le malade succombe.

C'est en particulier dans ces formes que l'on rencontre des occlusions de cause mécanique qui sont dues à des agglutinations d'anses, des brides, des coudures, etc...

Le pronostic en est très grave et il semble lié à différents facteurs : le mécanisme de l'occlusion, la résistance du malade, et la précocité de l'intervention.

OCCLUSIONS TARDIVES

Elles surviennent à plus ou moins longue échéance après des appendicites aiguës opérées ou non, ou après une longue phase d'appendicite chronique. Elles apparaissent en dehors de tout signe d'inflammation péritonéale aiguë et réalisent ainsi des occlusions mécaniques pures.

Leur début peut être brusque et en quelques heures une occlusion intestinale aiguë se constitue. Mais bien plus souvent elles sont précédées de prodrômes. Nous insistons sur cette forme qui moins dramatique, n'en est que plus difficile à reconnaître Elles simulent bien des maladies : dyspepsie, constipation chronique, et surtout le cancer et la tuberculose. Comme elles s'installent souvent après les crises très légères d'appendicite qui ont même pu passer inaperçues, on comprend combien il est parfois délicat d'en dépister la cause. Elles présentent dans leurs manifestations une diversité qui explique bien les variations considérables de siège et d'importance des lésions.

On constate surtout des douleurs et des troubles digestifs :

Les douleurs sont provoquées par l'effort ou par la palpation abdominale, elles sont localisées et

intermittentes au début, puis elles ont tendance à se généraliser quand apparaissent les coliques dues à l'obstruction.

Les troubles digestifs sont variés : anorexie, état nauséeux, vertiges, céphalée et migraines avec vomissements bilieux, digestions difficiles, constipation, sont les plus fréquents. Le trouble apporté aux fonctions digestives entraîne souvent une altération progressive de l'état général. Parfois on peut noter dans les selles des mucosités glaireuses qui font songer à l'entérite muco-membraneuse.

De temps en temps la constipation peut être plus marquée, le malade présente quelques coliques avec vomissements et ballonnement du ventre. On voit des anses se contracter et se dessiner sous la paroi abdominale. Puis, sous l'influence d'une purgation, une débâcle diarrhéique se produit et tout tout rentre dans l'ordre. On a ainsi assisté à une crise de subocclusion.

Ces crises, peu importantes au début, s'aggravent peu à peu. Les intervalles entre les crises sont variables. En même temps que les accès se répètent le malade s'affaiblit, l'amaigrissement est considérable et l'évolution de ces formes d'occlusion chronique se fait soit vers l'occlusion aiguë soit vers la cachexie.

Ces occlusions peuvent survenir à tout âge, mais les antécédents appendiculaires sont souvent si éloignés et si discrets que la lésion causale passe inaperçue.

Les occlusions tardives sont réalisées par des adhérences variées, des coudures, des brides simples ou épiploïques, ou des adhérences au niveau de la cicatrice. Nous signalerons en particulier parmi les causes d'occlusion chronique les tumeurs inflammatoires d'origine appendiculaire qui simulent souvent le cancer du cæcum surtout chez le vieillard. Certains auteurs leur ont donné le nom *d'appendicite pseudo-néoplasique*. Sauvé et Cadenat en ont rapporté plusieurs cas récemment, nous en avons trouvé deux observations inédites que nous apportons ici. Observations 43, 44.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des occlusions intestinales d'origine appendiculaire soulève plusieurs problèmes. Il importe d'abord de poser le diagnostic d'occlusion intestinale, et ce premier point élucidé, il faudra reconnaître s'il y a ou non obstacle mécanique.

Si cet obstacle existe, on essaiera d'en préciser le siège puis on recherchera la cause de l'occlusion et on tentera de déterminer la nature de l'obstacle.

Le diagnostic d'occlusion intestinale est en général facile. Celle-ci est caractérisée par l'arrêt des matières et des gaz, la douleur, les vomissements, le ballonnement abdominal et le péristaltisme. En présence de ce syndrome, il importe d'abord d'éliminer les hernies étranglées ; il faut donc examiner les orifices herniaires : inguinaux, cruraux, ombilicaux, et en particulier les régions où les hernies sont plus rares : régions obturatrices, lombaires, périnéales.

On éliminera ensuite tous les syndromes douloureux de l'abdomen et surtout les coliques hépatiques et néphrétiques, les coliques de plomb et l'empoisonnement aigu par l'arsenic qui est caractérisé par des vomissements, de l'hypothermie des crampes, de la cyanose et du collapsus.

S'il est souvent facile de reconnaître l'occlusion intestinale, il n'en est pas de même quand on veut préciser sa nature. Il s'agit de différencier les deux variétés d'iléus mécanique et paralytique par la variation de leurs symptômes et par la superposition des signes péritonéaux.

L'iléus paralytique se rencontre plus souvent dans les formes primitives d'occlusion au cours de la crise appendiculaire ou bien dans les occlusions précoces post-opératoires.

Dans ces cas, le ballonnement abdominal est accentué et symétrique, l'arrêt des matières et des gaz n'est pas toujours absolu, la douleur est continue, généralisée et sans paroxysmes, les coliques et le péritaltisme intestinal manquent, les vomissements sont plus souvent poracés que fécaloïdes.

L'iléus mécanique, à part quelques cas rares d'occlusion primitive par l'appendice lui-même, survient plutôt dans les formes post-opératoires et dans toutes les formes tardives.

Il est caractérisé par l'existence d'un péristaltisme marqué et visible sous la paroi ; les vomissements sont plus fréquents, plus abondants et plus souvent fécaloïdes. La douleur, bien que permanente, est entrecoupée de paroxysmes (coliques). Le ballonnement est important mais la paroi reste souple. L'arrêt des matières et des gaz est complet, la température est peu élevée.

Si dans les cas purs, ces deux formes peuvent être facilement différenciées, il n'en est pas de

même le plus souvent ; car les deux éléments mécanique et paralytique peuvent coexister ou apparaître successivement chez le même sujet. On peut voir de nombreuses formes de transition entre ces deux variétés bien définies ; et ce n'est qu'à l'intervention que le diagnostic est possible.

Le siège de l'obstacle est presque toujours sur le grêle, près de l'angle iléo-cæcal. Parfois, il peut se trouver plus haut lorsque les anses sont tombées dans le petit bassin et y adhèrent.

On retrouve les signes classiques d'une occlusion du grêle loin du duodénum : vomissements précoces, abondants, et rapidement fécaloïdes, ballonnement abdominal médian (signe de Laugier), altération rapide de l'état général, oligurie.

Exceptionnellement, on a signalé des obstacles portant sur le gros intestin, avec : vomissements tardifs et peu fréquents, distension abdominale en cadre (signe de Laugier). Mais ces signes sont peu précis et ne peuvent donner qu'une présomption sur le siège. Dans les formes chroniques avec subocclusion à répétition, l'examen radiologique avec lavement opaque donne des renseignements utiles.

S'il est facile de retrouver la cause de l'occlusion lorsqu'elle apparaît au cours d'une crise appendiculaire dont on a fait le diagnostic, ou dans les occlusions post-opératoires précoces ou retardées, il est beaucoup plus délicat de poser le diagnostic étiologique lorsque l'occlusion est primitive et masque

les signes appendiculaires ou bien dans les formes tardives.

Si l'occlusion est secondaire à une appendicite connue opérée ou non le diagnostic de cause s'impose immédiatement et la seule difficulté est de faire la part de l'iléus paralylique et de l'occlusion mécanique.

Parfois cependant l'occlusion évolue à bas bruit, et devant l'aggravation des signes : température, douleurs, constipation et ballonnement, on pense simplement à une reprise de la péritonite, mais rapidement l'occlusion devient évidente.

Lorsque l'occlusion masque l'appendicite, le diagnostic étiologique est très délicat. En effet, on ne trouve aucun signe particulier pouvant indiquer la nature appendiculaire de l'occlusion. C'est par l'interrogatoire et la recherche des antécédents du malade qu'on pourra avoir des indications.

On insistera auprès de lui pour savoir s'il n'a pas présenté une crise d'appendicite, et à quelle époque? Si celle-ci s'est compliquée ou si elle a été opérée. On recherchera les douleurs et les troubles passagers de la fosse iliaque droite pouvant être rattachés à une appendicite méconnue. La présence de fièvre devra faire penser à une lésion d'ordre inflammatoire et faire rechercher avec grand soin la douleur au point de Mac Burney. On n'oubliera pas les formes pelviennes de l'appendicite qui s'accompagnent de rétention d'urine et d'empâtement dans le

cul-de-sac de Douglas perceptible au toucher vaginal ou rectal.

Mais bien souvent cet interrogatoire n'apporte pas de renseignements utiles.

Dans les formes primitives ayant un début brusque, on éliminera l'iléus par diverticule de Meckel, les hernies internes étranglées (diaphragmatiques, obturatrices) dont le diagnostic est souvent très difficile, l'invagination intestinale, remarquable par le melæna qui l'accompagne, l'iléus biliaire précédé d'antécédents de lithiase.

Dans les occlusions post-opératoires il faudra éliminer l'occlusion duodénale aiguë. Elle est l'aboutissement d'une dilatation aiguë de l'estomac que l'on reconnaîtra par le ballonnement strictement épigastrique et par les vomissements bilieux très abondants.

Dans les occlusions tardives, c'est encore la notion de crises pouvant être rattachées à une appendicite antérieure qui permettra de faire le diagnostic. Dans tous les cas, et en particulier dans ceux de subocclusion chronique, on devra éliminer le cancer de l'intestin qui réalise une occlusion aiguë après une période plus ou moins longue de subocclusion chronique avec amaigrissement. Le mélæna quand il existe est un bon signe.

La tuberculose iléo-cæcale pourra souvent en imposer pour une appendicite chronique avec tumeur inflammatoire. La péritonite tuberculeuse, dans sa forme fibro-adhésive, sera parfois difficile à diagnos-

tiquer. La recherche des antécédents et l'histoire de la maladie permettront de la distinguer.

Aussi c'est le plus souvent par l'examen radiologique ou bien à l'intervention qu'un diagnostic précis pourra être porté.

Reconnaître la nature de l'obstacle qui a produit la lésion n'est souvent qu'un diagnostic de probabilité.

Dans les formes contemporaines peu éloignées de la crise appendiculaire causale on rencontre plus souvent des agglutinations d'anses et des coudures. Quelquefois on trouve des abcès que l'on peut soupçonner par l'évolution de la maladie (courbe de température) ou par l'examen (toucher rectal).

Dans les formes tardives, on devra penser que l'obstacle est une bride simple ou une bride épiploïque, surtout quand l'occlusion apparaît brusquement sans prodrome. Plus rarement on pensera à un volvulus, surtout si la distension abdominale est considérable, avec sonorité à la percussion, ou bien à une tumeur inflammatoire si on perçoit une masse dans la fosse iliaque droite

TRAITEMENT

Le traitement des occlusions intestinales d'origine appendiculaire pose des problèmes variés. Suivant qu'il s'agit d'une occlusion primitive contemporaine de la crise appendiculaire ou à une occlusion post-opératoire, ou enfin à une occlusion tardive, les indications thérapeutiques sont différentes. Nous allons passer en revue ces différentes éventualités.

A) L'OCCLUSION AU COURS DE L'APPENDICITE AIGUË

L'occlusion peut se présenter dans deux cas : ou bien elle apparaît au cours d'une crise d'appendicite ayant évolué classiquement et la complique, ou bien c'est l'occlusion qui apparaît la première et masque une appendicite dont les signes sont plus ou moins discrets.

1° L'occlusion complique la crise d'appendicite. — C'est un malade qui présente une crise appendiculaire aiguë au cours de laquelle s'installe un syndrome d'occlusion intestinale. Il est à présumer, comme

nous l'avons vu à la symptomatologie, que nous pouvons nous trouver en présence soit d'un iléus paralytique dû à la péritonite appendiculaire, soit d'un obstacle mécanique. Mais il y a bien des chances pour que le siège de la lésion soit au voisinage du foyer appendiculaire.

L'intervention devra être immédiate : elle devra donc porter sur le foyer appendiculaire lui-même.

Voie d'abord. — La voie d'abord sera donc une laparotomie latérale suffisamment longue pour y voir clair. C'est à l'incision de Walther que vont toutes nos préférences, parce qu'elle peut être prolongée en haut et en bas selon les circonstances, qu'elle est avasculaire et qu'elle n'intéresse aucun filet nerveux. Elle est bien préférable à l'incision de Mac Burney qui ne donne pas un jour suffisant ou à l'incision de Roux qui sectionne les fibres musculaires.

L'abdomen étant ouvert, on ira à la recherche de l'appendice qu'on s'efforcera d'enlever. Le moignon sera enfoui si le cæcum est souple et libre. Mais si des difficultés étaient entrevues, il n'y aurait pas lieu de s'attarder. Il faudra systématiquement rechercher s'il n'existe pas un obstacle mécanique surajouté à l'infection péritonéale.

Il est donc indispensable d'examiner avec soin les premières anses iléales voisines de l'angle iléo-cæcal pour s'assurer qu'elles sont bien libres. Si on trouve des anses déjà accolées par des exsudats fibrineux, leur libération s'impose, en ayant bien

soin de ne pas léser le péritoine pariétal en enlevant les fausses membranes pour éviter la reproduction des adhérences. S'il s'agit de l'épiploon, qui est adhérent au foyer d'inflammation péri-appendiculaire, on le réséquera largement. Or très souvent on ne trouve aucun obstacle, mais simplement des anses grêles au voisinage du foyer, qui sont distendues, vascularisées et c'est leur parésie qui est la cause de l'occlusion.

S'il y a du pus soit libre, soit collecté dans le ventre, on l'évacuera par aspiration ou au moyen de compresses montées, et on fera une toilette particulièrement soignée du Douglas. Il sera même bon d'introduire dans le Douglas une compresse montée imbibée d'éther pour terminer la toilette.

Drainage. — La question du drainage a été très différemment résolue par les divers chirurgiens. Les uns comme Ombredanne disent qu'il ne faut jamais drainer, d'autres, au contraire, drainent largement. Nous estimons que la conduite à tenir doit dépendre des circonstances. Pour les cas bénins on refermera sans drainage. Pour les cas graves, s'accompagnant de liquide putride libre dans l'abdomen ou de plaques de sphacèle sur le cæcum ou sur la paroi profonde de la fosse iliaque, le Mikulicz a ses indications. On adjoindra même une large réfrigération de l'abdomen par une vessie de glace.

Nous croyons bon, dans les appendicites gangréneuses, qui sont dues à des anaérobies, d'injecter du

sérum anticoli et antigangréneux dilué dans 500 cmc. de sérum physiologique.

Soins post-opératoires. — Il faudra surveiller de très près ces malades qui sont à la fois des infectés et des intoxiqués. On les mettra en position demi-assise, ou même tout à fait assis dans leur lit, grâce à un support du tronc et à la surélévation de la tête du lit (position de Fowler). « Cette manœuvre a une grande importance, elle permet au liquide septique encore contenu dans le péritoine de s'accumuler dans les parties déclives et surtout dans le Douglas. Elle soulage le diaphragme et permet un meilleur jeu des muscles respiratoires (Lecène). »

Dans ces formes d'occlusion primitive, il nous semble nécessaire d'obtenir une évacuation rapide de l'intestin soit en administrant une dose de calomel, soit en injectant de la péristaltine dès le lendemain de l'opération. Si malgré ce traitement la débâcle n'est pas obtenue ou si l'état général reste déficient, il faut faire, sans tarder, des injections de sérum physiologique dont l'organisme a besoin pour son métabolisme et pour sa défense, et des injections intra-veineuses de sérum salé hypertonique pour lutter contre l'intoxication générale de l'organisme et provoquer le péristaltisme.

Le sérum salé hypertonique. — Depuis longtemps déjà les chirurgiens avaient vu la nécessité de donner aux malades en état d'occlusion de grandes quantités d'eau pour lutter contre la déshydratation due à l'inanition, aux vomissements, aux

sueurs profuses et à l'accumulation de liquide au-dessus de l'obstacle. Des injections de sérum physiologique sous-cutanées ou intra-rectales lentes suivant la méthode de Murphy étaient faites dans cette intention. Mais elles se montraient inefficaces dans quelques cas.

Les recherches expérimentales de Roger et Garnier ont montré que la cause de la mort dans l'occlusion intestinale est avant tout une auto-intoxication ayant son point de départ au niveau de l'intestin. Les accidents étant d'autant plus précoces et d'autant plus intenses que l'occlusion siège plus haut sur l'intestin.

Hartwell et Hoguet ont obtenu de bons résultats par l'injection de sérum salé isotonique dans les occlusions intestinales. Ils croyaient que l'amélioration était due à la réhydratation ; or, les travaux ultérieurs ont montré qu'en réalité c'était le chlorure de sodium qui agissait.

Les recherches expérimentales ont mis en évidence un syndrome humoral de l'occlusion intestinale constitué par :

1° Une polyglobulie, dite de concentration, traduisant l'existence de la déshydratation ;

2° Une hyperglycémie, signalée par Rathéry et Binet ;

3° Une azotémie progressive démontrée par Wipple ;

4° Une hypochlorémie très marquée décrite par Mac Callum, Hadden et Orr, et bien étudiée par ces

derniers auteurs. Le taux des chlorures dans le sang s'abaissant dans l'occlusion de 6 gr. (chiffre normal) à 4 gr. 70 pour 1000.

Hadden et Orr ont montré que cette hypochlorémie est le phénomène primordial et que l'administration de chlorure de sodium la supprime en empêchant en même temps l'hyperazotémie. C'est aux solutions hypertoniques en injections intraveineuses qu'ils ont eu recours pour diminuer la masse d'eau à injecter.

Il en résulte que l'occlusion intestinale, maladie hypochlorémique, doit être traitée par la rechloruration, en dehors, bien entendu, de l'intervention chirurgicale qui conserve tous ses droits.

En janvier 1928, Gosset, Binet et Petit-Dutaillis ont introduit cette méthode en France. Ils conseillent d'employer cette thérapeutique dans diverses conditions et en particulier dans les occlusions portant sur le grêle, soit préventivement aussitôt après l'opération, soit curativement une fois les accidents toxémiques déclarés. Dans les cas particulièrement graves, l'injection hypertonique sera pratiquée en premier lieu et c'est seulement à la faveur de l'amélioration obtenue par elle qu'on pourra procéder à la cure opératoire de l'occlusion (cas de Robert Lion).

La thérapeutique salée trouvera ses indications dans les occlusions avec obstacle mécanique (brides, coudures, etc...) sans lésion vasculaire concomitante et dans les iléus sans obstacle mécanique dus

à la péritonite, où elle excitera le péristaltisme.

Gosset, Binet et Petit-Dutaillis conseillent d'employer les solutions de sérum salé hypertonique en même temps que les injections sous-cutanées de sérum salé isotonique pour réhydrater le malade.

Ils emploient des solutions hypertoniques à 10 % à la dose de 20 à 30 cmc. répétée toutes les 6 heures dans les cas aigus et graves. Ces injections doivent être faites lentement pour éviter une réaction hypotensive. Ils insistent sur le fait de les pratiquer régulièrement, de ne pas les interrompre et de les continuer pendant les 48 premières heures, sans se laisser influencer par l'amélioration qui suit la première injection sous peine de voir les accidents réapparaître.

On devra autant que possible, pratiquer le dosage quotidien des chlorures dans le sang pour pouvoir augmenter ou diminuer la dose de sel suivant les cas.

Nous publions quelques observations qui montrent les heureux effets de cette thérapeutique et nous rapportons trois observations personnelles 1, 14, 18, dont une a été suivie de succès. Dans les deux autres cas, les malades étaient profondément intoxiqués, l'un d'eux présentait une péritonite grave, l'autre était éthylique.

L'hyperglycémie qu'on trouve dans le sang des malades explique les échecs du sérum glucosé dans ces cas. Son emploi est donc contre-indiqué et peut être même dangereux.

A cette thérapeutique sera associé l'emploi des toni-cardiaques : huile camphrée, caféine, adrénaline. Courty a employé avec succès le camphre soluble intra-veineux en même temps que les injections de sérum salé hypertonique.

La plaie opératoire demande une grande surveillance. A la moindre menace d'infection de la paroi il faudra la désunir, les liquides septiques qui peuvent se trouver dans le Douglas doivent être aspirés par le drain.

L'Iléostomie. — Si malgré ce traitement la débâcle ne survient pas, il faut recourir à la dérivation du contenu septico-toxique de l'intestin paralysé. Pour cela, on fera une iléostomie de décharge.

Cette iléostomie sera faite à l'anesthésie locale par la cicatrice d'appendicite, sur une anse distendue et le plus bas possible. On la fera suivant la technique indiquée par Arrou à la Société de Chirurgie : ne pas extérioriser l'anse qu'on désire ponctionner. Celle-ci restera tangente à la paroi. Fixer l'anse au péritoine par 4 fils de lin très fins. Il est inutile de faire une grosse fistule, on la fera avec la petite lame ronde du thermocautère et on introduira une sonde de Nélaton fixée à l'intestin par un point en bourse.

Cette fistulette ainsi créée, aussi insignifiante qu'elle paraisse, est suffisante ; elle permettra d'évacuer les matières et les gaz. Elle se fermera le plus souvent d'elle-même au bout de 15 ou 20 jours lors-

que la fonction intestinale se sera rétablie par les voies naturelles. Cette fistule donne souvent de bons résultats, mais il faut la faire le plus bas possible pour éviter les accidents que l'on rencontre dans les fistules hautes où la totalité du contenu intestinal se déverse à l'extérieur et où les malades succombent rapidement à la déshydratation avec un large ulcère de la paroi autour de l'anus contre nature.

Parfois cette intervention ne sera pas suivie de résultat et le malade succombe aux progrès de la péritonite.

2° **L'occlusion masque l'appendicite**. — Dans ce cas, la nature exacte de la cause de l'occlusion est douteuse, et le siège incertain ; il importe d'intervenir d'urgence.

Anesthésie. — Si l'état général le permet, il semble que la rachianesthésie soit indiquée. Cette anesthésie a été préconisée par Pierre Duval à la Société de Chirurgie en 1927, parce qu'elle provoque souvent une débâcle de matières, qui vide l'intestin et rend l'intervention ultérieure plus facile. De nombreux chirurgiens sont venus apporter leurs statistiques et leurs conclusions sur ce sujet.

Ils ont presque tous été d'accord pour déclarer que la rachianesthésie était dangereuse chez les choqués, les infectés et les intoxiqués. Lecène en particulier, a dit : « c'est une expérience toujours très risquée de recourir à ce procédé d'anesthésie

chez un individu en état d'occlusion intestinale aiguë, par conséquent toujours certainement intoxiqué et même quelquefois aussi infecté. »

La rachianesthésie peut même être dangereuse par l'absorption toxique massive qu'elle favorise dans l'intestin sous-jacent quand la débâcle se produit. D'ailleurs l'intervention secondaire est nécessaire malgré l'évacuation spontanée des matières parce qu'il faut aller lever l'obstacle.

Aussi nous estimons qu'il faut être très prudent dans l'emploi de ce mode d'anesthésie et que ce serait une grave erreur de s'abstenir d'opérer immédiatement. Si on la tente on ne devra pas attendre trop longtemps la débâcle possible et profiter de l'anesthésie ainsi obtenue pour intervenir. Si l'état général du sujet est un peu déficient, il est préférable de recourir à l'anesthésie générale au Schleich.

Voie d'abord. — C'est à la laparotomie médiale qu'on aura recours. Elle seule permettra de faire le bilan des lésions. Parfois si le maximum des douleurs est à droite, une incision latérale large pourra être indiquée.

A l'ouverture du ventre, il faudra rechercher la cause de l'obstacle et dès qu'on aura découvert la nature appendiculaire, l'appendice sera enlevé et l'obstacle sera levé si possible. Dans quelques cas, c'est l'appendice lui-même qui est la cause de l'occlusion ; l'opération sera des plus simples. Elle consistera en une simple appendicectomie. S'il existe une bride, elle sera sectionnée et excisée. Dans

d'autres cas, on trouve des anses adhérentes ; elles devront alors être libérées. Les adhérences sont encore lâches à cette période et demandent à être sectionnées avec beaucoup de soin.

En cas d'impossibilité de libérer les anses, une dérivation des matières devient nécessaire. La dérivation sera interne ou externe.

La dérivation interne (antéro-anastomose) a toutes nos préférences ; elle évite tous les ennuis de l'anus contre nature. Il faut la faire en dehors du foyer d'adhérences. Mais c'est une opération importante et qui sera contre-indiquée si l'état général du malade est très touché. Il faudra alors avoir recours à la dérivation externe.

L'iléostomie. — Les indications de cette opération sont les contre-indications de l'antéro-anastomose. On la réservera dans les cas où l'intervention ayant déjà été longue et laborieuse, et l'état général déficient il semblera préférable de terminer rapidement l'intervention.

On choisira soit une anse grêle dilatée, le plus près possible du cæcum, soit le cæcum lui-même, s'il s'agit d'une occlusion sans obstacle mécanique ; s'il s'agit d'une agglutination d'anses impossible à libérer, on prendra l'anse immédiatement sus-jacente à l'obstacle. L'anse choisie sera fixée à la partie inférieure de la cicatrice de laparotomie, ou mieux l'abouchement sera fait par une incision spéciale au niveau de l'anse que l'on veut fistuliser, et la cicatrice de laparotomie sera alors refermée. La fistuli-

sation produira une évacuation rapide des anses et permettra d'obtenir la cédation des signes de péritonite.

Soins post-opératoires. — Les soins post-opératoires sont les mêmes que ceux que nous avons décrits précédemment. La surveillance du malade est nécessaire, car si dans bien des cas les suites sont simples, bien souvent il faut craindre la persistance de la péritonite et la reproduction des adhérences. D'autant plus qu'il existe sans doute un facteur personnel, et comme l'a fait remarquer Basset : « certains malades font des adhérences plus facilement que d'autres. » Ils peuvent reproduire des adhérences ou des brides précocement et provoquer de nouveau des accidents occlusifs à plus ou moins longue échéance.

B) OCCLUSION POST-OPÉRATOIRE

L'occlusion peut survenir plus ou moins longtemps après les opérations pour appendicite. Elle peut être, comme nous l'avons vu, précoce, retardée ou tardive. Nous étudierons les modalités de son traitement à ces différentes périodes. La connaissance de la fréquence de l'occlusion intestinale au cours de l'appendicite constitue un devoir pour le chirurgien de mettre tout en œuvre pour éviter les causes d'occlusion dues à une mauvaise technique.

1° Traitement prophylactique. — Sa réalisation exige une opération précoce de l'appendicite aiguë et des précautions techniques permettant d'éviter la formation des adhérences post-opératoires dues à la péritonite.

Opération précoce. — Plus l'opération est précoce dans l'appendicite à chaud plus elle se rapproche de l'opération à froid. Car sa précocité évite des réactions péritonéales violentes et prévient les altérations du péritoine et de l'épiploon, qui produisent des exsudats fibrineux, créateurs d'adhérences.

Dans les appendicites à froid, il faut éviter toutes les causes capables de provoquer une réaction péritonéale. Pour cela, les purgations violentes, les irrigations intestinales irritantes seront interdites, et le repos préalable au lit sera imposé. Et l'intervention ne devra être pratiquée que lorsque la crise est complètement refroidie. Une opération faite à tiède est une opération dangereuse.

Précautions techniques opératoires. — Elles sont indispensables pour conjurer la menace d'adhérences que peut provoquer l'appendicite opérée à froid ou à chaud. Ces précautions sont de plusieurs ordres :

Il faut éviter toute brutalité dans la manipulation des organes au cours de la recherche de l'appendice. Les pinces qui servent à les attirer seront souples et à bords mousses.

Le contact des anses intestinales avec la peau iodée a été accusé de provoquer des réactions

adhésives, aussi on devra l'éviter. Les anses reposeront sur un lit de compresses souples et imbibées de sérum chaud. De plus, le taffetas gommé préconisé par Lecène paraît être un bon protecteur.

Les ligatures doivent être faites délicatement et soigneusement pour ne pas traumatiser la séreuse, et pour éviter tout épanchement de sang dans la cavité abdominale. L'aide devra éponger légèrement et sans frotter.

Ligature et enfouissement du moignon. — La ligature du moignon sera faite avec soin. On réduira celui-ci au minimum compatible avec la sécurité de sa ligature. La nécessité de l'enfouissement du moignon appendiculaire a été discutée par certains auteurs. De Martel, en particulier, l'a déconseillée dans les appendicites aiguës parce qu'elle enferme un moignon septique dans une plicature de la paroi cæcale, susceptible d'être dangereuse.

Mais certains auteurs ont apporté des observations d'occlusion par brides fixées au moignon. Voir observations 27, 28, 29, 37, 39. Aussi nous croyons qu'il faut enfouir le moignon mais que cette manœuvre doit être faite soigneusement avec un catgut très fin pour ne pas déchirer la séreuse qui double le fond du cæcum. Cependant, lorsque la paroi cæcale est dure, cartonnée et sans mobilité, il est inutile et dangereux de tenter l'enfouissement.

Un bon procédé consiste à écraser le moignon sans le lier et à l'enfouir par une suture en bourse.

L'intervention sera terminée par une exploration et par une toilette soignée du Douglas.

Drainage. — Le drainage a été accusé de favoriser les adhérences consécutives et par conséquent les occlusions. Il est donc d'une sage pratique de le réduire au minimum et de ne l'employer que dans les cas graves quand la péritonite est étendue et l'état général très touché.

Il faut éviter de le rendre traumatisant par lui-même. Nous rapportons une observation de Vianney relatant un cas d'occlusion post-opératoire ayant cessé après le déplacement du drain, observation 32.

Recherche systématique des adhérences. — Lardennois a déclaré : « Je m'impose comme règle d'examiner toujours les 20 derniers centimètres du grêle et de libérer prudemment et méthodiquement les adhérences qui peuvent s'y rencontrer ». Cette pratique permettra d'éviter bien des occlusions dites post-opératoires, et qui sont dues à des adhérences déjà existantes lors de l'intervention.

S'il existe des surfaces cruentées sur les anses, il faudra les péritoniser par un surjet fait au catgut fin. C'est souvent aux dépens de ces surfaces que se constituent les adhérences ou les brides.

Fermeture de la paroi. — La fermeture du péritoine pariétal demande beaucoup de soins. Le péritoine sera suturé face à face et non bord à bord, pour ne pas laisser une ligne de suture non hermé-

tique, sur laquelle viendrait facilement adhérer le cæcum ou l'épiploon déjà enflammé.

Evacuation précoce de l'intestin. — On essayera de l'obtenir en faisant absorber au malade un peu de calomel dès le lendemain de l'opération. Cette pratique, qui nous semble logique, a été préconisée par les auteurs américains. Si cette médication n'était pas suffisante, il faudrait la renouveler et même faire une injection de péristaltine pour exciter les mouvements de l'intestin.

2° Occlusion post-opératoire précoce. — Elle apparaît dès les premiers jours qui suivent l'opération, elle est souvent due à la persistance de la péritonite, surtout si le chirurgien a bien examiné, lors de l'intervention, les anses voisines du foyer appendiculaire, pour s'assurer qu'il n'y avait pas d'obstacle mécanique. Il sera permis alors de tenter un traitement médical : une vessie de glace sera placée en permanence sur l'abdomen. De petites doses de calomel seront données quotidiennement. Et si le péristaltisme intestinal ne se réveille pas, on fera des injections de péristaltine.

A ce traitement sera associée la thérapeutique salée. Les injections de sérum salé hypertonique préconisées par Gosset, rempliront un double but : la lutte contre l'auto-intoxication due à l'occlusion, et l'excitation du péristaltisme.

Mais si la débâche des matières ne se produit pas, ou ne se fait qu'imparfaitement, laissant sub-

sister du ballonnement et provoquant une aggravation de l'état général, il faudra recourir rapidement à l'iléostomie.

Elle doit être précoce pour être efficace ; mais dans quelques cas on peut voir apparaître quelques évacuations de matières qui laissent espérer une guérison précoce; on essaie de temporiser et on perd ainsi du temps. L'iléostomie ne peut plus lorsqu'on la pratique, donner le résultat escompté.

Il nous est apparu que pour être efficace, cette iléostomie doit être très précoce. Elle est la seule chance de guérison. Dans certains cas, malgré sa précocité, elle est insuffisante et le malade succombe à l'infection péritonéale qui a commandé l'occlusion.

3° Occlusion post-opératoire retardée. — Cette forme d'occlusion est due le plus souvent à un obstacle mécanique, à moins que les signes généraux ne fassent suspecter une reprise de la péritonite.

Il faudra d'abord s'assurer par le toucher rectal ou par le toucher vaginal qu'il n'existe pas *d'abcès du Douglas*. On évacuera ces abcès par une incision du Douglas par le vagin ou par le rectum.

Si on soupçonnait la présence *d'un abcès au niveau de la fosse iliaque droite* la cicatrice serait désunie pour évacuer le pus.

Si cette recherche des collections purulentes n'a pas donné de résultat, c'est que l'occlusion est due à un obstacle mécanique formé aux dépens d'adhé-

rences : coudures, agglutinations d'anses, brides, etc...

La laparotomie s'impose d'urgence. Mathieu dans son rapport à la Société de chirurgie a préconisé la laparotomie médiane, et nous croyons que cette incision est la meilleure parce qu'elle permet de se rendre compte de l'étendue des lésions.

Certains auteurs ont reproché à la voie médiane de rendre l'opération difficile et choquante pour le malade quand les anses étaient très dilatées et très difficiles à refouler. D'autre part, ils l'ont accusée de diffuser l'infection lorsque celle-ci a tendance à se limiter. Oudard et Alglave, en particulier, préfèrent la voie latérale par la cicatrice de l'appendicite et la trouvent souvent suffisante.

Nous préférons la laparotomie médiane, réservant la voie latérale au cas où l'état général est déficient et où le ballonnement est trop étendu. Il faut alors rechercher l'obstacle et s'efforcer de le lever. Cette manœuvre sera simple s'il s'agit d'une bride ou d'une coudure. Elle deviendra parfois impossible dans le cas d'agglutination d'anses difficiles à séparer ou trop étendues. Il faudra alors avoir recours à la dérivation des matières.

Dérivation interne ou externe suivant les cas. L'entéro-anastomose étant de beaucoup préférable, l'iléostomie ne sera employée qu'en cas d'urgence, si on s'est trop longtemps attardé au traitement médical, et lorsque l'entéro-anastomose ne sera pas possible, en particulier dans les cas où l'état

général ne permet pas une longue intervention.

L'iléostomie risque d'ailleurs d'être insuffisante s'il existe plusieurs obstacles à différents niveaux sur l'intestin. Il faut alors faire plusieurs iléostomies comme dans le cas de Gaudin rapporté par Joubert, observation 22.

C) OCCLUSION TARDIVE

Dans les occlusions tardives deux cas peuvent se représenter : ou bien l'occlusion est d'emblée aiguë, ou bien des crises de subocclusion se sont répétées pendant plus ou moins longue période. On est alors amené à opérer soit pendant une période intermédiaire, soit au cours d'une crise aiguë.

Les conditions ne sont pas les mêmes que dans les cas précédents, car l'élément péritonéal n'est plus en jeu et on assiste simplement au syndrome d'occlusion. Le plus souvent la cause appendiculaire n'est pas soupçonnée, sauf lorsque l'occlusion apparaît après une appendicectomie.

De toute façon il faut avoir recours à la laparotomie médiane, car seule elle permet de faire le bilan des lésions.

Le problème consiste à lever l'obstacle. Si c'est une bride, il faut la sectionner ou l'exciser. Si c'est une coudure, les adhérences seront libérées. Mais lorsqu'on trouve des adhérences étendues, l'opération devient très difficile, car des débridements

larges risquent de laisser de grandes surfaces dépéritonisées, aux dépens desquelles de nouvelles adhérences risquent de se reformer.

Il faudra alors avoir recours à la dérivation des matières. C'est *l'entéro-anastomose*, qu'il faut employer, car elle seule peut donner des résultats durables.

L'entérostomie sera rejetée, car ce n'est qu'un palliatif. Elle ne pourra être employée que dans les cas où l'état général du malade exige une intervention rapide et ne permet pas d'entéro-anastomose. Elle devra d'ailleurs être suivie d'une intervention secondaire pour rétablir le cours des matières. Dans quelques cas, on pourra employer l'iléostomie pour vider le contenu des anses au-dessus de l'obstacle et pour éviter les résorptions de liquides toxiques dans les anses sous-jacentes après la libération. D'ailleurs l'aspiration de ces liquides remplira cet office, et il est facile de refermer immédiatement après en suturant l'orifice de ponction.

Dans les cas de tumeurs inflammatoires d'origine appendiculaire, on tentera d'enlever la tumeur. Mais si dans certains cas elle adhère aux organes voisins, on se contentera d'enlever le calcul stercoral que contient la poche, de nettoyer la paroi de celle-ci et d'enlever l'appendice. Nous rapportons dans l'observation 43 un cas où cette technique a été employée et suivie de succès.

Il faudra éviter la résection intestinale qui est une opération grave et qui est souvent suivie de résul-

tats déplorables chez ces malades en crise d'occlusion. On lui préfèrera l'antéro-anastomose.

On pourra employer la résection dans les cas *de sténose cicatricielle du grêle*, car sur cette partie de l'intestin les résultats sont plus satisfaisants que sur l'angle iléo-cæcal, observation 46.

S'il y a *volvulus*, l'anse sera détordue et on cherchera la cause prédisposante ; on sera ainsi amené à libérer des adhérences ou à fixer le cæcum dont le méso était trop long.

En résumé, il faut faire une incision large pour pouvoir : 1° apprécier la nature et l'étendue des lésions ; 2° lever l'obstacle et 3° en cas d'impossibilité, faire une entéro-anastomose.

OBSERVATIONS

OCCLUSIONS PRIMITIVES

Observation I (Inédite)

Occlusion intestinale primitive au cours d'une appendicite aiguë. — Laparotomie. — Appendicectomie et drainage. — Iléostomie le 5e jour. — Sérum salé hypertonique. — Persistance des symptômes d'occlusion. — Mort.

M. H..., 30 ans, est pris bruquement le 9 février 1930 à midi d'une douleur violente dans le flanc gauche, qui persiste toute la journée et s'accompagne dans la soirée de vomissements alimentaires puis bilieux. On ne retrouve dans ses antécédents qu'une crise de coliques 4 ans auparavant et n'ayant duré que 24 heures. De plus on peut noter des signes d'éthylisme. Le lendemain, devant la persistance des symptômes, il appelle le Dr Trouvé (de Châteaudun) qui constate du ballonnement du ventre avec contracture généralisée, surtout marquée à gauche ainsi que la douleur qui est violente ; les vomissements sont bilieux. Température 38°5. Pouls 110. Le malade n'a évacué ni matières ni gaz depuis la veille. Le 11 février, même état, le Dr Trouvé appelle le Dr Foisy en consultation. Le ventre est extrêmement bal-

lonné, il est énorme. La douleur a son maximum à gauche; on note de la contracture et des coliques sans péristaltisme apparent, mais on entend des bruits de glouglou dans l'abdomen. L'arrêt des matières et des gaz est complet, les vomissements sont verdâtres, poracés. La température est à 38°5, le pouls à 120. Diagnostic : occlusion intestinale de cause indéterminée.

Le Dr Foisy fait transporter le malade à sa clinique et lui fait aussitôt une rachianesthésie (12 cgr. de scurocaïne) qui n'est suivie d'aucune évacuation de matières ni de gaz. On décide d'intervenir. On fait une injection sous-cutanée d'huile camphrée et de spartéine avant l'opération. Intervention. Opérateur : Dr Foisy. Aide : Dr Trouvé. L'anesthésie rachidienne n'est pas bonne, on fait une anesthésie générale au schleich. Le sommeil est mauvais et la contracture persiste.

Laparotomie médiane sous-ombilicale : ventre énorme, météorisé, dur. Du liquide séro-purulent s'écoule du ventre et du Douglas. Les anses grêles sont rouges et vascularisées, mais non très distendues. Le cæcum est peu mobile, il est distendu. L'appendice est gros, blanchâtre, œdémateux. On le résèque sans l'enfouir. Nettoyage du Douglas avec des compresses, liquide louche. Mikulicz dans le Douglas, avec un drain au milieu. Fermeture de la paroi en deux plans au catgut. Crins sur la peau.

Après l'opération on injecte 20 cmc. de sérum salé hypertonique à 20 % et on applique de la glace sur le ventre. Pendant la nuit on note l'évacuation de gaz. Le 12, la température est à 38°, le pouls à 90, on donne un peu de sulfate de soude ; dans l'après-midi le malade évacue cinq selles abon-

dantes et 5 autres dans la nuit avec une grande quantité de gaz.

Le 13, température 38°2, pouls à 100, on note du mieux, le pronostic est bien meilleur. L'abdomen reste ballonné. Dans la journée surviennent de nombreuses selles avec beaucoup de gaz. Le 14, l'état général est bon : langue humide, faciès reposé. On donne cependant un peu de sulfate de magnésie le matin et plusieurs selles surviennent. Le soir on assiste à une crise de delirium tremens avec agitation, hallucinations, on est obligé de faire 2 cgr. de morphine pour calmer le malade qui repose toute la nuit. Le 15, l'abdomen est encore très météorisé, un lavement purgatif est administré le matin, il est rendu sans matières. On injecte 20 cmc. de sérum salé hypertonique intra-veineux. Dans l'après-midi, surviennent quelques gaz avec des selles glaireuses. La température s'élève le soir à 39°2 et le pouls à 100.

Le 16, ventre très ballonné, pouls à 120. On fait 20 cmc. de sérum hypertonique intra-veineux et une injection sous cutanée de péristaltine. Vers 15 heures, les douleurs qui s'étaient un peu calmées depuis l'opération redeviennent plus violentes, elles s'accompagnent de vomissements bilieux et de bruits de glou-glou. A 17 heures, on fait 20 cmc. de sérum hypertonique intra-veineux et le Dr Foisy décide d'intervenir.

Incision de la fosse iliaque droite à la cocaïne locale. Une anse grêle distendue est fixée au péritoine par 4 catguts. Une ponction faite avec l'aspirateur électrique ramène peu de liquide. Ponction au bistouri de l'anse fixée et introduction d'une sonde de Nélaton n° 20 qu'on fixe par un point en bourse.

Le 17, le pouls est encore à 120, la température à 38°8 le

ventre est très ballonné ; on entend des bruits de glou-glou dans l'abdomen. L'iléostomie a peu donné de liquide, on injecte à différentes reprises du sérum physiologique par la sonde pour faire un lavage d'intestin ; et on fait 20 cmc. de sérum hypertonique intra-veineux à 11 heures et à 15 heures. Quelques matières et des gaz s'écoulent par la sonde. Une injection de sérum par cette sonde ramène des gaz et un peu d'eau sale. A 20 h. 30, température 39°2, pouls à 120. On injecte 20 cmc. de sérum salé hypertonique intra-veineux, et on met une sonde dans le rectum, elle évacue des gaz et des matières. Le malade reste calme toute la nuit. Le 18 février, l'abdomen est très météorisé ; on retire le Mikulicz. Un lavement rectal ramène des selles abondantes. De plus des matières sortent par le petit orifice de ponction de l'aspirateur à côté de la sonde. Mais l'état général reste grave. Le 19, on note de la défaillance cardiaque avec cyanose du visage, le pouls bat à 120, il est mou. Le malade donne mauvaise impression. On lui injecte 20 cmc. de sérum salé hypertonique avec une ampoule de camphre soluble dans les veines, et 500 cmc. de sérum physiologique sous-cutané. On retire la sonde qui fonctionne mal et l'évacuation des matières est abondante par la fistule. A 16 heures, on renouvelle le sérum hypertonique avec camphre soluble intra-veineux et le sérum physiologique avec de la strychnine.

Malgré ce traitement, la cyanose persiste ; elle s'étend aux membres puis à tout le corps. Les bruits du cœur sont sourds. Le ventre est ballonné, et on a l'impression que le dénouement se précipite. Le malade dort mal et le 20 février, il est délirant et cyanosé. Son pouls est petit, filant.

Il meurt dans l'après-midi du 20 février.

Observation 2 (Jacques et André Baranger).

Appendicite gangréneuse, à forme d'occlusion intestinale, chez un enfant de 11 mois.

Le jeune S... Louis, 11 mois, entre à Saint-Louis pour occlusion intestinale ayant débuté deux jours et demi auparavant, par des vomissements. L'arrêt des matières et des gaz est complet depuis deux jours. L'état général est excessivement grave : nez pincé, traits tirés, yeux excavés, peau sèche, température 37°8, pouls incomptable.

L'abdomen est d'un volume considérable, la peau est tendue. Au toucher rectal, le doigt se promène dans un rectum absolument vide et ne ramène ni sang, ni mucosités, ni matières.

Intervention. — Laparotomie médiane : les anses grêles sont très dilatées et accompagnées d'un peu de liquide séreux. En suivant ces anses vers le bas, nous voyons la dilatation s'arrêter brusquement à 10 cm. de la valvule iléo-cæcale. A ce niveau, aucun obstacle n'apparaît, mais des fausses membranes sont disséminées sur la partie terminale de l'iléon et sur le cæcum absolument vides. L'appendice est perforé à l'union de son tiers inférieur et de son tiers moyen. Appendicectomie. Etonnés malgré tout de l'aplatissement iléal à ce niveau qui nous semble inhabituel à l'iléus paralytique, nous comprimons doucement la dernière partie de l'iléon, et pouvons voir gaz et matières passer sans difficulté dans la partie aplatie de l'iléon.

Les anses sont rentrées dans l'abdomen, non sans difficulté et la paroi suturée au fil de bronze.

L'enfant mourut dans la nuit. A l'autopsie, on constate de nouveau des fausses membranes, mais pas d'autre cause d'occlusion.

Observation 3 (Inédite).

Appendicite à répétition. Occlusion par abcès pelvien. Evacuation spontanée de l'abcès par le rectum. Laparotomie. Adhérence des anses grêles par des fausses membranes. Appendicectomie. Guérison.

M. Henri C..., 30 ans, a présenté depuis trois ans trois crises douloureuses de l'abdomen. La première en janvier 1923 avec douleur à droite, sans vomissements, et d'une durée de 5 à 6 jours. La seconde en septembre 1923, ayant les mêmes caractères mais moins violents. La troisième en avril 1925 peu violente.

Le 7 janvier 1926 nouvelle crise débutant par de petites coliques s'accompagnant de douleurs abdominales, de fièvre et de constipation.

Le 11 janvier 1926 abdomen légèrement météorisé. Arrêt des matières avec douleur légère des deux côtés. Vu en consultation avec le Dr Trouvé.

Toucher rectal : le bassin est rempli par une masse énorme qui paraît fluctuante et refoule le doigt en arrière. Diagnostic : Appendicite pelvienne avec pelvipéritonite. Traitement : Repos, glace sur le ventre.

Le 13 janvier, crise de coliques violentes avec péristaltisme terminée par une énorme débâcle de matières, de gaz et de pus fétide.

Intervention le 16 janvier 1926. Opérateur Dr Foisy. Aide: Dr Trouvé, Anesthésie : Ether.

Laparotomie médiane. Anses intestinales grêles accolées entre elles par des fausses membranes et à la paroi du bassin en avant et en arrière. On les décolle assez facilement. On arrive sur le cæcum, l'appendice de la grosseur de l'index est pelvien. En le décollant on ouvre un abcès du Douglas (une cuillerée de pus) qu'on assèche et lave à l'éther. Appendicectomie sans enfouissement. Drain de Douglas. Paroi, en 3 plans.

Suites normales, le drain suinte peu, on le retire le troisième jour ; les jours suivants suppuration plus importante. N'a fait aucune réaction abdominale. Sorti le 3 février 1926. Guérison complète depuis.

Observation 4 (Caraven).

Occlusion intestinale, strictement mécanique, sans abcès, ni péritonite, au cours d'une première crise d'appendicite.

Jeune fille 17 ans. Vomissements, arrêt des matières et des gaz, douleurs dans le bas-ventre depuis douze jours. N'a jamais été malade auparavant. Ventre relativement plat. Mais anses dilatées séparées par des sillons. Pas de péristaltisme. Pas de douleurs au point de Mac Burney. Légère douleur au-dessous et à droite de l'ombilic. Pas de fièvre. Pouls à 90.

On pense à une occlusion paralytique par abcès pelvien d'origine appendiculaire.

Le lendemain, incision sus-pubienne. Péritoine libre. Un

peu d'ascite roussâtre. Anses très dilatées et violacées. Le cæcum est rétracté, à côté de lui de nombreuses anses grêles ont le calibre et l'aspect d'un intestin de poulet. Appendice rectiligne allant du cæcum à la partie centrale du ventre. Sa pointe adhérente au grêle étant capuchonnée par lui. En libérant les adhérences, rupture de l'anse grêle. Suture, appendicectomie.

Mort le lendemain.

Observation 5 (Picard).

Appendicite aiguë à gauche. Double occlusion intestinale par bride et circulaire de l'appendice. Mort.

Malade entré à l'hôpital pour douleurs abdominales siégeant dans les fosses iliaques droite et gauche, s'accompagnant de constipation.

On porte le diagnostic d'appendicite à forme légère. Diète, glace.

En trois jours s'établit un syndrome d'occlusion intestinale complet. Mort.

Autopsie. — Anses grêles distendues. Cæcum en place. A quelques centimètres de sa terminaison, l'iléon forme une anse à concavité supérieure. Cette anse est formidablement dilatée et serrée à ses extrémités par la disposition de l'appendice, qui est long (18 cm.), volumineux. Il s'implante normalement sur le cæcum, mais se dirige en dedans pour croiser à quelques centimètres de sa terminaison la face antérieure de l'iléon. Il constitue là une bride épaisse sous laquelle l'intestin est fortement étranglé.

Continuant son trajet, l'appendice s'engage dans un orifice

du mésentère et vient s'enrouler par une circulaire complète autour de la branche afférente de l'iléon qu'il étrangle cette fois à la façon d'un nœud. Il franchit alors la ligne médiane et vient se terminer dans la fosse iliaque gauche, par une extrémité renflée, dure, noirâtre, presque gangréneuse et fixée à une anse grêle par des adhérences inflammatoires serrées, mais d'apparence récente.

Observation 6 (A. P. Krymoff *in* thèse Sacerdot.)

Appendicite aiguë avec péritonite généralisée. Laparotomie. Etranglement de l'intestin par l'appendice perforé. Mort.

Soldat, 23 ans, entre avec des phénomènes d'appendicite aiguë. Au bout de cinq jours, il présente le tableau d'une péritonite généralisée. Laparotomie dans le petit bassin, environ un verre de pus liquide, un amas d'anses noirâtres, étranglées par l'appendice, long de 12 centimètres et perforé à son sommet. Collapsus. Mort 16e heure.

Observation 7 (Mac Lean *in* thèse Sacerdot.)

Occlusion intestinale. Laparotomie. Etranglement de l'iléon par l'appendice lui-même.

Un malade de 50 ans présente des symptômes d'occlusion intestinale en même temps que des phénomènes inflammatoires du côté de la cavité abdominale. L'opération fut pratiquée et, après quelques recherches, apparut un cul-de-sac distendu analogue au diverticule de Meckel. Ce cul-de-sac s'attachait à la partie inférieure du cæcum et

entourait le grêle à son abouchement dans celui-ci. C'est à cet enroulement autour de l'iléon qu'était due l'obstruction. Il s'agissait de l'appendice gangréné et perforé à deux centimètres du cæcum, sur l'espace situé entre le cæcum et l'iléon. Il était entièrement dépourvu de méso, et la portion entourant l'intestin passait de derrière en avant et était située sous le péritoine. Il était évident que la cause des accidents était l'inflammation de l'appendice qui avait amené la compression de l'intestin, situé au milieu de l'anse appendiculaire.

Observation 8 (A. P. Krymoff *in* Sacerdot.)

Appendicite aiguë et occlusion intestinale. Etranglement de l'intestin par l'appendice lui-même. Appendicectomie. Guérison.

Soldat, 22 ans, présentant des signes d'appendicite aiguë, voilés par le tableau d'une occlusion intestinale aiguë. Pouls faible, mais régulier à 120, température 38°9. Ballonnement abdominal plus marqué à droite, avec, en ce point, un météorisme local d'une anse intestinale. Intervention immédiate. On constate un péritoine légèrement infecté et une anse grêle violacée, distendue et étranglée par l'appendice replié en forme de crochet et dont le sommet est solidement adhérent au mésentère. L'appendice long de 13 cm. 5 est réséqué et le malade guérit.

Observation 9 (Van Meyer *in* Lejars.)

Occlusion intestinale avec réaction péritonéale dans la fosse iliaque droite. Laparotomie. Etranglement de l'intestin par l'appendice lui-même.

Une fillette de 12 ans est prise de douleurs abdominales brusques et de vomissements. Le troisième jour, les matières vomies deviennent fécaloïdes, le météorisme est considérable, l'évacuation des selles et des gaz est complètement suspendue. On pense à un iléus. Pourtant, la température est de 38°5 et le pouls à 124; la région cæcale est particulièrement douloureuse. Von Meyer conclut à une appendicite perforante et à une péritonite. Il opère. Il trouve l'intestin grêle très distendu, le cæcum et le côlon aplatis, l'appendice gros et enflammé, mais non perforé, est enroulé autour de la portion terminale de l'iléon et l'enserre comme une ligature. Après l'avoir libéré et enlevé, Von Meyer découvre sur l'intestin, au point de la constriction, une plaque circulaire de sphacèle de trois millimètres de large, l'appendice contient six gros ascarides.

Observation 10 (Sauvé *in* Sacerdot.)

Occlusion intestinale. Laparotomie. Coudure de l'intestin sur l'appendice adhérent à l'ovaire. Guérison.

Une jeune femme de 23 ans, ayant un passé gastrique, est amenée dans le service avec un syndrome d'occlusion intestinale datant de trois jours. Néanmoins, elle a 38°2 de tem-

pérature et un ventre de bois. L'arrêt des matières et des gaz est absolu.

La laparotomie montre un intestin coudé sur une bride formée par l'appendice et la trompe droite adhérents l'un à l'autre, et au péritoine pariétal postérieur.

Résection de l'un et de l'autre. L'appendice est rempli de pus.

Fermeture sans drainage et guérison sans incident.

OCCLUSIONS POST-OPÉRATOIRES

Occlusions post-opératoires précoces.

Observation II (Gosset) (résumée).

Occlusion intestinale trois jours après appendicectomie à froid. Laparotomie. Section d'une bride. Sérum salé hypertonique. Guérison.

Occlusion intestinale aiguë au troisième jour d'une appendicectomie pour appendicite chronique. Ni matières, ni gaz, ni nausées, ballonnement. Opération : distension de toute la moitié supérieure du grêle en amont d'un cordon fibreux du volume de l'index enserrant l'intestin. Section de ce cordon sans évacuer l'intestin. Dès le soir, une injection intraveineuse de NaCl à 10 pour 100, et 1.500 gr. de sérum physiologique sous la peau dans la nuit. Faciès bon dès le lendemain. On continue la médication à raison de trois injections de 10 cmc. de la solution à 10 pour 100 les deux

jours suivants. Gaz rendus le deuxième jour. Guérison rapide.

Observation 12 (inédite)

Appendicite gangréneuse. Appendicectomie à la 4e heure. Occlusion intestinale le 3e jour. Iléostomie le lendemain. Mort.

Mme L..., 29 ans, est envoyée par le Dr Teyssier (de Cloyes) à la Clinique du Dr Foisy pour une crise d'appendicite aiguë ayant débuté le matin même.

On trouve une femme amaigrie et fatiguée ayant eu six semaines auparavant un accouchement pénible pour une grossesse gemellaire. Depuis son accouchement elle a toujours souffert du ventre. La crise a débuté par une douleur violente dans la fosse iliaque droite avec vomissements.

Intervention d'urgence le 26 juin 1927, à 9 heures. Opérateur : Dr Foisy ; Aide : Dr Teyssier.

Incision de Walther : appendice gros, complètement gangrené. Appendicectomie. Liquide louche et fétide, libre. Nettoyage du Douglas à l'éther. Suture de la paroi profonde.

Suites normales pendant deux jours. Le troisième jour ballonnement de l'abdomen, coliques douloureuses, arrêt des matières et des gaz. Péristaltisme. On fait une piqûre de péristaltine. Le quatrième jour aucune amélioration. On décide d'intervenir.

On désunit la paroi profonde seule fermée et on tombe sur une anse grêle distendue. Fixation de l'anse au péritoine par quatre catguts. Ponction de l'anse et introduc-

tion d'une sonde de Nélaton que l'on fixe par un catgut en bourse. Il ne s'écoule rien par la sonde.

Voyant que l'iléostomie ne fonctionne pas, on injecte du sérum artificiel par la sonde, mais sans résultat.

Les jours suivants on fait matin et soir une injection sous-cutanée de sérum physiologique, et on injecte du sérum par la sonde de l'iléostomie. Lavements à la glycérine plusieurs fois par jour. Le tout sans résultat.

L'abdomen reste ballonné, la malade vomit, le faciès devient terreux, le pouls est petit et filant.

La malade meurt le 3 juillet dans le collapsus.

Observation 13 (inédite).

Appendicite aiguë avec symptômes d'occlusion intestinale opérée dans les 48 heures. Appendicectomie. Mikulicz. Persistance des troubles d'occlusion qui cèdent spontanément. Guérison.

Mlle R..., est envoyée par le Dr Morice (de Patay) à la clinique du Dr Foisy par une appendicite aiguë datant de 48 heures. Les douleurs sont vives avec prédominance à droite, l'abdomen est ballonné et contracté. La malade n'a pas eu de selles depuis le début de la crise ; son faciès est tiré. La température est de 39°2. Pouls à 100.

Intervention d'urgence le 21 décembre 1928. Opérateur : Dr Foisy.

Incision de Walther. Pus libre. Appendice transversal se dirigeant vers l'ombilic, gangrené et perforé. Appendicectomie. Aspiration d'une grande quantité de pus dans le

Douglas. Nettoyage à l'éther. Mikulicz plongeant dans le Douglas avec un drain et trois mèches.

Le lendemain température à 37°5 Le pouls reste à 100. Les douleurs ont diminué. Pas de selle. Le 23 décembre, les douleurs abdominales s'accentuent, elles sont généralisées à tout l'abdomen qui est distendu. Le 24, même état, les douleurs sont très violentes, la température à 38°. L'abdomen est météorisé, on ne note pas de péristaltisme. On donne un lavement purgatif et on fait une injection de péristaltine, sans résultat. Le 25, pas d'amélioration. Lavement purgatif et péristaltine. On donne dans la journée plusieurs lavements à la glycérine qui provoquent enfin dans la soirée une première évacuation de selles et de gaz.

Le 26, les douleurs persistent ; l'abdomen est encore ballonné ; on continue le même traitement ; la fonction intestinale se rétablit et dans les jours qui suivent tout rentre dans l'ordre.

La malade ne sort de la clinique que le 1er février à cause de sa suppuration, mais elle n'a plus fait de signe d'occlusion.

Observation 14 (inédite).

Appendicite aiguë. Appendicectomie dans les 24 heures. Occlusion intestinale précoce. Sérum salé hypertonique sans résultat. Iléostomie le 5e jour. Mort.

Mlle Jeanne R..., 17 ans, est adressée par le Dr Trouvé (de Châteaudun) pour une crise d'appendicite aiguë datant de 24 heures.

Intervention d'urgence le 21 novembre 1929. Opérateur : Dr Foisy. Aide : Dr Trouvé.

Incision de Walther : pas de liquide. Appendice sous-cæcal ascendant, très adhérent. Section primitive à sa base, décollement rétrograde. Appendice long, contenant un calcul ; il est perforé. Appendicectomie. Nettoyage à l'éther. Drain entouré d'une mèche, sous-cæcal. Fermeture partielle de la paroi profonde au catgut.

On fait une injection sous-cutanée de sérum anti-gangréneux et anti-coli dilués dans 500 cmc. de sérum physiologique.

Nuit calme. Le lendemain, température à 38°8. Pouls à 120. Le 23 novembre température 39°. La malade n'a pas encore eu de selle, on lui donne 0 gr. 20 de calomel. Dans la matinée survient un vomissement alimentaire et dans l'après-midi des coliques douloureuses et espacées. On donne un lavement qui ramène des selles à plusieurs reprises. Le 24, température 39°. Pouls à 135. Les coliques se rapprochent, l'abdomen est un peu ballonné, tendu. Lavement suivi de selles abondantes (lentilles non digérées). Le soir les vomissements sont fréquents, on fait un lavage d'estomac et on injecte 20 cmc. de sérum salé hypertonique à 20 %, intraveineux. Le ventre est très douloureux et très tendu. Dans la nuit survient un vomissement d'odeur fécaloïde. Le 25, la température s'abaisse à 37°9, le pouls reste rapide à 130, les coliques persistent et l'abdomen est très ballonné. Un lavement est donné sans résultat. On continue le sérum salé hypertonique intraveineux matin et soir et on injecte 500 cmc. de sérum physiologique sous-cutané. Dans l'après-midi, les douleurs semblent se calmer. On donne un

nouveau lavement qui ne ramène pas de matières. Des vomissements d'odeur fécaloïde se reproduisent ; on fait un lavage d'estomac. Le 26 novembre, l'état reste grave, on a noté de l'agitation pendant la nuit. L'abdomen est douloureux, ballonné, tendu. Le faciès est terreux. L'arrêt des matières et des gaz est complet.

Le Dr Foisy décide de réintervenir.

On désunit la cicatrice, on tombe immédiatement sur une anse grêle distendue, on la fixe par 4 catguts au péritoine. Elle était libre sans fausses membranes. Ponction de l'intestin et introduction d'une sonde de Nélaton qu'on fixe à l'intestin par un catgut en bourse. Issue immédiate de gaz et de liquide stercoral.

On continue les injections intraveineuses de sérum salé hypertonique matin et soir et les injections sous-cutanées de sérum physiologique de rétropituine. La respiration est superficielle, dyspnéique. Le pouls est rapide et filant. On fait une injection d'ouabaïne et du sérum physiologique.

La malade meurt dans la soirée.

Occlusions post-opératoires retardées.

Abcès.

Observation 15 (Inédite).

Appendicite aiguë opérée le 2e jour. Appendicectomie. Symptômes d'occlusion incomplète le 9e jour. Evacuation d'un abcès par la cicatrice. Guérison.

Mlle Madeleine R..., 11 ans 1/2, est envoyée à l'hôpital de Châteaudun par le Dr Rabourdin (de Brou) pour une crise

d'appendicite aiguë ayant débuté le 15 octobre 1926 par une douleur dans la fosse iliaque droite avec vomissements bilieux et diarrhée.

Intervention d'urgence le 17 octobre 1926. Opérateur Dr Foisy.

Incision de Walther : Du liquide louche s'écoule du ventre. Appendice pelvien légèrement adhérent à la paroi, long, gros, contenant un calcul et gangrené dans sa moitié inférieure. Appendicectomie. Nettoyage du Douglas. Fermeture de la paroi profonde au catgut.

Suites normales pendant les huit premiers jours. Le 25 octobre, apparaissent des coliques dans tout l'abdomen, coliques peu violentes, sans vomissements, avec constipation. Le 26, les coliques persistent, la température s'élève à 38° alors qu'elle était restée aux environs de 37° les jours précédents. Il n'y a pas eu de selles depuis deux jours. On donne un lavement qui ramène des selles et des gaz. Le 27, la douleur s'est un peu calmée, mais elle reprend les jours suivants. Ces coliques ne sont calmées que par des émissions de matières et de gaz, que l'on ne peut obtenir qu'avec des lavements, matin et soir. La douleur est grande, elle s'accompagne de péristaltisme, mais sans vomissements. La température est devenue oscillante et monte progressivement jusqu'à 40° le 30 octobre au soir.

Le 31 un abcès est évacué par la cicatrice, la température s'abaisse à 37°5 et une abondante débâcle de matière et de gaz survient.

Pendant les deux jours qui suivent, les coliques persistent, mais avec moins de violence ; on donne chaque jour un lavement qui ramène des matières.

Puis tout rentre dans l'ordre, la température revient à la normale et des selles redeviennent régulières.

Le 12 novembre, suture secondaire de la paroi.

La malade sort quelques jours plus tard, guérie. Revue au début de 1930, elle se porte très bien.

Observation 16 (Inédite).

Appendicite aiguë. Appendicectomie. Occlusion intestinale le 11e jour. Evacuation d'un abcès par le rectum. Guérison.

Mlle Suzanne N..., 14 ans, est envoyée par le Dr Trouvé à l'Hôpital de Châteaudun pour une crise d'appendicite aiguë datant de 48 heures.

A son entrée : température 38°2, pouls à 100, empâtement de la fosse iliaque droite, teinte subictérique des conjonctives.

Opérée d'urgence le 2 juillet 1924 : Opérateur: Dr Foisy. Aide : Dr Trouvé.

Incision de Walther : Cæcum peu mobile, on le relève. L'appendice sous-cæcal est adhérent, on ouvre une collection de liquide louche, fétide ; on l'assèche et lave à l'éther. Appendice rouge et court, mais perforé. Appendicectomie sans enfouissement. Suture de la paroi musculaire et péritoine seulement.

Le soir : pas de vomissement, une selle dans la nuit. Le lendemain, bon état ;on donne 0 gr. 20 de calomel ; petite selle dans la nuit. Le 4 juillet quatre selles dans la journée. Les jours suivants l'amélioration continue.

Le 13 juillet, apparaissent de fortes coliques dans tout

l'abdomen qui est ballonné, température 38°. Pas de selle. Le 14, même état. On donne 0 gr. 10 de calomel, sans résultat. Le 15, violentes coliques, abdomen ballonné ; température oscillante entre 37°8 et 38°5. Pas de selles ni de gaz. Le 16, elle évacue une selle fétide avec présence de pus. Le 17, la malade a plusieurs selles et rend des gaz, l'abdomen reste un peu ballonné, les douleurs sont moins violentes. La température revient à la normale.

Les jours suivants, la fonction intestinale se rétablit. Le 9, suture secondaire de la paroi.

La malade sort guérie le 31 juillet.

Observation 17 (Inédite).

Appendicite aiguë datant de 48 heures. Appendicectomie. Occlusion intestinale le 8e jour. Incision deux jours après d'un abcès pelvien par le rectum. Disparition des symptômes. Guérison.

Mlle Andrée P..., 17 ans, entre à l'hôpital de Châteaudun le 31 juillet 1924 pour une crise d'appendicite aiguë ayant débuté la veille avec vomissements se répétant toutes les 1/2 heures dans la nuit. A son entrée la douleur est vive, les vomissements sont calmés par la glace, la température est à 38°4, le pouls est un peu accéléré. Le 1er août le pouls est meilleur mais la douleur persistant, le Dr Foisy décide d'intervenir.

Incision de Walther : Pas de liquide dans le ventre. Appendice gros, noirâtre et gangrené dans toute son étendue, adhérent à la fosse iliaque. Appendicectomie sans

enfouissement. Fermeture du péritoine et de la paroi musculaire seulement.

Le 2 août, température 39°. On donne 20 cgr. de calomel sans résultat. Le 3, la température reste élevée. On fait prendre un peu de limonade purgative et dans l'après-midi la malade a plusieurs selles. Dans la nuit : selle abondante. Les jours suivants la température est toujours à 39°, l'état général reste bon ; évacuation d'une selle abondante. Le 8 août, apparaissent quelques coliques suivies d'une selle. Le 9, les coliques persistent ainsi que la fièvre. Le 10, les douleurs sont un peu plus rares, l'abdomen est un peu ballonné ; on note une selle dans la soirée. Le 11, la température qui avait oscillé entre 38 et 39° les jours précédents, s'élève à 39°5. Les coliques deviennent plus fréquentes, l'abdomen est ballonné. Le 12, même état, pas de matières depuis deux jours.

Le 13 on sent au toucher rectal une masse douloureuse, fluctuante, qui refoule le doigt en arrière. On décide d'intervenir.

Incision par le rectum d'un abcès bombant au niveau de la face antérieure.

Les jours suivants les coliques et le ballonnement disparaissent en même temps que se produit une abondante débâcle de matières et de gaz. La température descend progressivement pour atteindre la normale le 16.

Suture secondaire de la paroi le 26 août.

La malade quitte le service, le 4 septembre, guérie.

Agglutinations d'anses.

Observation 18 (Inédite).

Appendicite aiguë. Appendicectomie. Occlusion intestinale le 14e jour. Laparotomie. Libération d'anses. Injections de sérum salé hypertonique. Guérison.

Maurice F. ., 9 ans, est envoyé par le Dr Pécout (de Courtalain) à l'Hôpital de Châteaudun pour appendicite aiguë.

Intervention d'urgence le 5 septembre 1929. Opérateur : Dr Foisy. Aide : Dr Pécout.

Incision de Walther : Liquide louche. Gros appendice gangrené. Appendicectomie. Pus fétide dans le Douglas. Drain. Fermeture partielle de la paroi profonde.

Suites normales.

Le 14e jour, apparaissent de violentes coliques dans tout l'abdomen, avec vomissements bilieux. Le lendemain : même état. L'arrêt des matières et des gaz est complet depuis 48 heures. L'abdomen est ballonné. Les coliques sont très douloureuses. Lavement ; pas de résultat. Le 21 septembre les coliques s'espacent un peu, pas de matières ni de gaz. On redonne un lavement : pas de selle. Le 22, coliques irrégulières, mais très douloureuses, nécessitant une piqûre de morphine. On fait 500 cc. de sérum physiologique sous-cutané. Lavement. La température reste à 37°5. Le pouls est bien frappé. Le 23, les coliques sont plus rapprochées, et toujours très douloureuses. L'abdomen est très ballonné et tendu. On note du péristaltisme. On continue les lavements, le sérum et la morphine. Le 24, même état; toujours

pas de matières ni de gaz ; le faciès est tiré. On décide d'intervenir à 15 heures.

Laparotomie médiane. On éviscère tout l'intestin grêle. Des anses adhèrent à la cicatrice d'appendicite et d'autres entre elles. On arrive à libérer complètement toutes les anses. Réintégration assez difficile de l'intestin. Suture de la paroi en un plan au crin.

Le 25, l'abdomen reste ballonné ; le malade n'a évacué ni matières ni gaz. Les douleurs persistent mais le péristaltisme a disparu. On fait une piqûre de péristaltine et 500 cc. de sérum sous-cutané. Le 26, même état, persistance de l'occlusion. On injecte matin et soir 20 cc. de sérum salé hypertonique à 20 % et une ampoule de péristaltine sous la peau. Le 27, on continue la péristaltine et le sérum salé hypertonique matin et soir. Le malade a deux petites selles dans l'après-midi ; le ventre reste tendu. Et dans la nuit il évacue une grande quantité de matières et de gaz.

Le 28 septembre, le malade va beaucoup mieux, la fonction intestinale se rétablit normalement et il sort de l'hôpital le 21 octobre.

Observation 19 (Inédite).

Appendicite aiguë. Appendicectomie à la 12e heure. Occlusion intestinale post-opératoire le 11e jour et se complétant le 17e jour. Iléostomie. Mort.

B..., 12 ans. Est pris brusquement le 29 août 1923 à 21 heures, d'une crise de douleurs abdominales très violentes, qui arrachent des cris à l'enfant. Puis surviennent des vomissements bilieux. Le père appelle le lendemain

matin le Dr Trouvé (de Châteaudun) qui note une douleur violente dans la fosse iliaque droite et envoie l'enfant à l'hôpital avec le diagnostic d'appendicite aiguë.

Intervention d'urgence le 30 août 1923 à 9 heures. Opérateur : Dr Foisy. Aide : Dr Trouvé.

Incision de Jalaguier. Du liquide louche s'écoule du ventre. L'appendice contient un petit calcul. Toute sa moitié inférieure est gangrenée. Appendicectomie. On assèche, avec des compresses, l'abdomen et le Douglas. On verse dans le ventre un flacon de sérum antigangréneux et on referme la paroi (péritoine et muscle) au catgut. Anesthésie : Ether.

Suites normales. Selles le troisième jour.

Le 9 septembre, surviennent brusquement des coliques douloureuses. Dans l'après-midi, vomissements bilieux. Le 10, les coliques sont violentes, l'abdomen est un peu météorisé. On note du péristaltisme, on donne un lavement qui ramène des matières. Le 11, l'abdomen reste tendu, les douleurs sont espacées, on note une selle dans l'après-midi. Le 12, même état. Le 13 septembre, les coliques deviennent plus rapprochées, l'abdomen est plus tendu, les vomissements qui avaient disparu les deux jours précédents réapparaissent ; on donne un lavement qui est suivi d'évacuation de matières. Le 14, l'abdomen est très tendu et très douloureux, on note du péristaltisme intestinal. Lavement glycériné matin et soir sans résultat. Le 15, persistance des symptômes. Les vomissements sont nombreux. On fait 500 cmc. de sérum sous-cutané. Le faciès reste bon, le pouls est bien frappé. Lavement purgatif et lavement glycériné : pas de matières, ni de gaz. Le 16, même état. On continue les lave-

ments et le sérum sous-cutané. Le 17, arrêt complet des matières et des gaz, vomissements poracés, abdomen très météorisé. Le faciès est terreux, le pouls petit et filant.

On réintervient. Opérateur : Dr Foisy. Anesthésie : Ether.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Eviscération des anses grêles énormément dilatées. On dévide l'intestin et on arrive sur un paquet d'anses grêles complètement adhérentes entre elles et au petit bassin. On se rend compte qu'il est impossible de les libérer. Iléostomie sur la portion libre du grêle par un petit tube de Paul. Réintégration difficile des anses. Fermeture de la paroi en un plan.

Décédé à la fin de l'opération.

Observation 20 (Inédite).

Appendicite aiguë à forme occlusive primitive. Appendicectomie et drainage. Occlusion intestinale le 20e jour. Laparotomie et entéro-anastomose trois jours après. Persistance des symptômes de subocclusion. Mort un mois après.

M. Georges R..., 14 ans. Envoyé à l'hôpital de Châteaudun par le Dr Rabourdin (de Brou) pour une crise d'appendicite aiguë ayant débuté 2 jours auparavant par une douleur dans la fosse iliaque droite. Le lendemain la douleur persiste et s'accompagne de vomissements. Le 5 décembre, la douleur est violente. Le Dr Rabourdin appelé à ce moment trouve l'abdomen dur et rétracté, douloureux dans son ensemble, avec prédominance à droite. Température 37°5. Pouls à 102. Pas de gaz depuis le début de la crise. Il fait le

diagnostic d'appendicite avec perforation probable et l'adresse au Dr Foisy qui décide d'intervenir immédiatement.

Incision de Walther. Du pus fétide s'écoule du ventre L'appendice sous-cæcal est adhérent à la fosse iliaque par sa partie inférieure. On le décolle. Il présente une large plaque de gangrène avec perforation et calcul sous-jacent. Appendicectomie, suivie d'enfouissement. Nettoyage de l'abdomen et du Douglas avec des compresses. Un suintement sanguin assez important provenant de la zone de décollement nécessite la mise en place d'une mèche. On verse 20 cmc. de sérum antigangréneux de Vincent dans le ventre. Fermeture de la paroi (péritoine et muscle seulement) à points séparés sauf le passage de la mèche.

Injection sous-cutanée de 40 cmc. de sérum anti-gangréneux dans 500 cmc. de sérum

Le 6 décembre, le ventre reste ballonné, on donne 0 gr. 15 de calomel sans effet et on fait une injection sous-cutanée de 40 cmc. de sérum antigangréneux. Le 7, le malade n'a pas encore eu de selle. L'abdomen est météorisé. Le pouls reste bon ; on applique de la glace sur le ventre, on donne un lavement et on fait une injection de péristaltine. Dans la nuit, évacuation d'une selle liquide. Le 8, l'état général est meilleur, le pouls bat à 100, il est bien frappé. Le 9, une selle est évacuée naturellement avec des gaz. On enlève la mèche. Le 10, des vomissements sont apparus dans la nuit, le ventre est ballonné. On donne un lavement purgatif qui provoque deux selles dans la journée. Le 11, on note beaucoup de mieux, le ventre est moins ballonné, la température tend vers la normale. Les jours suivants, le malade va à la selle régulièrement.

Le 19 décembre, suture secondaire de la paroi.

Dans la journée du 25 surviennent brusquement des coliques avec vomissements, calmées par l'évacuation d'une selle. L'abdomen est de nouveau ballonné. Le 26, pas de matières, ni de gaz, on donne un lavement purgatif sans résultat. Le 27, nouvelle crise de coliques dans la matinée avec ballonnement, arrêt des matières et des gaz. Le faciès est tiré.

On décide d'intervenir à 17 heures. Opérateur : Dr Foisy.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Anses grêles énormément dilatées. Des anses intestinales sont agglutinées entre elles et adhèrent fortement à la paroi au niveau de l'ancienne incision d'appendicite. La libération paraît impossible. On place un bouton de Jaboulay sur le cæcum et l'anse dilatée. La paroi cæcale dérape. On enlève le bouton pour faire une entéro-anastomose au fil de lin. L'abouchement n'est pas très large parce qu'on se trouve gêné par le peu de mobilité du cæcum. Fermeture de la paroi en un plan au fil de bronze avec agrafes. Pour rentrer l'intestin dilaté, il a été nécessaire de l'évacuer avec l'aspirateur (au moins 500 gr. de liquide). Le petit trou est obturé par un fil de lin en bourse.

Le 28 et le 29 décembre, l'état général reste mauvais. L'abdomen reste ballonné. Le malade a rendu quelques gaz. Il présente des coliques très douloureuses et des vomissements fécaloïdes. Injections sous-cutanées de 500 cmc. de sérum.

Le 31 décembre, lavement suivi d'une selle.

Les jours suivants les coliques persistent, elles sont toujours violentes, mais espacées et calmées par une évacua-

tion de matières et de gaz. Les vomissements accompagnent ces crises douloureuses qui alternent avec des périodes de calme.

Mais le malade s'affaiblit progressivement, les vomissements fréquents l'empêchent de se nourrir. On lui fait chaque jour des injections de sérum artificiel et du sérum glucosé, ainsi que de l'huile camphrée.

Il meurt le 23 janvier 1924.

Observation 21 (Inédite).

Appendicite aiguë. Appendicectomie. Abcès pelvien qu'on évacue par le rectum. Occlusion intestinale le 25e jour. Laparotomie. Libération d'anses adhérentes. Guérison.

Mlle Jeanne A..., 14 ans. Crise d'appendicite légère le 19 mai 1924, suivie d'une accalmie, puis d'une reprise le 24. L'état général s'altère progressivement. Le 27 mai, la température est à 39°6, le pouls à 120.

Opération le 28 mai dans la matinée. Opérateur : Dr Foisy.

Incision de Walther ; épiploon adhérent au cæcum, on le décolle puis on le résèque. Cæcum adhérent, sa libération en arrière ouvre un volumineux abcès fétide. Ablation du moignon d'appendice, long de deux centimètres, ligature et section au thermocautère. Drain et mèche derrière le cæcum. Fermeture de la paroi (péritoine et muscles seulement) à points séparés au catgut. Injection sous-cutanée de 60 cmc. de sérum antigangréneux dilué dans 500 cmc. de sérum.

Les suites opératoires sont bonnes pendant six jours, puis la température remonte, les douleurs reprennent et le

9 juin, on ouvre par le rectum un abcès qui contenait du pus en abondance. Nouvelle amélioration de l'état général, mais la température reste oscillante entre 38° et 39°. Suture secondaire de la paroi le 22 juin.

La nuit suivante la malade est prise de violentes coliques s'accompagnant de vomissements bilieux abondants. On donne un lavement qui ramène des selles et on fait une piqûre de morphine. Le 23, les coliques continuent ainsi que l'arrêt des matières : on donne plusieurs lavements sans résultat et on fait une injection de péristaltine. Le 24, même état, les coliques se renouvellent et malgré l'ingestion de capsules d'huile de Ricin il n'y a pas eu de selles. Le 25, l'état devient alarmant, les coliques sont violentes, l'abdomen se ballonne, on note du péristaltisme et des vomissements poracés. Température : 38°, pouls à 130.

Le Dr Foisy décide de réintervenir à 14 heures.

Laparotomie médiane sus et sous-ombilicale. Une anse grêle partant de l'angle iléo-cæcal, aplatie comme un ruban, barre obliquement les anses grêles dilatées et adhère au détroit supérieur gauche. L'adhérence a la largeur d'une pièce de un franc, on la résèque au ras du péritoine. Deux autres anses adhèrent par pédicule fibreux à la vessie et au bassin, on sectionne les pédicules. Fermeture de la paroi au catgut en un plan. Crins sur la peau.

La malade passe une bonne nuit, les vomissements ont cessé, mais elle n'a pas encore eu de selles. Le 26, on lui fait de la péristaltine sans résultat, la température reste à 38°, le pouls à 110.

Le 27, même état, le malade a vomi. Lavement glycériné, on place une sonde rectale qui ramène des gaz et des ma-

tières liquides. Le 28 selles naturelles, ainsi que les jours suivants. La température descend à la normale.

Guérison.

Observation 22 (résumée) (Gaudin *in* thèse Joubert).

Appendicite aiguë, appendicectomie, occlusion intestinale le 8e jour. Triple iléostomie. Guérison.

En 1924, sœur X..., 23 ans, adressée à la clinique pour appendicite aiguë datant de vingt-quatre heures, température 38°4, pouls 112, appendicectomie d'urgence. L'appendice est congestionné, gros, œdématié. Léger liquide dans le petit bassin. Enfouissement, pas de drainage.

Pendant les huit jours qui suivent l'opération, à part une légère agitation, évolution normale vers la guérison, une selle spontanée au 3e jour.

Au 8e jour, la malade est prise de douleurs violentes dans le ventre, sub-intrantes, avec arrêt des gaz et des matières, le pouls qui était normal s'accélère. Un lavement ne fait que vider le bout inférieur. Malgré la belladone les coliques persistent accompagnées toute la nuit de vomissements bilieux. Le lendemain matin ventre ballonné sur lequel se dessinent les contractions péristaltiques des anses ; pouls 130, l'état général est mauvais. Au niveau de la cicatrice on pratique une entérostomie sur la 1re anse qu'on trouve dilatée. Amélioration légère, toute la journée et toute la nuit la sonde donne quelques gaz et du liquide stercoral. Le lendemain arrêt brusque de cette évacuation et les phénomènes d'occlusion réapparaissent ; nouvelle fistule cette fois pratiquée sur la ligne médiane. L'anse fixée se

vide puis la fistule se tarit. Le soir, aucun changement; les 2 fistules pratiquées sont taries. L'état précaire de la malade contre-indique toute laparotomie exploratrice.

On pratique une 3e fistule à gauche, sur une anse grêle bien distendue ; évacuation abondante qui continue les jours suivants, mais, dès le lendemain, selle spontanée par l'anus.

Au bout d'un mois les 3 fistules sont cicatrisées. La malade n'a présenté aucun trouble, depuis deux ans.

Observation 23 (*in* Theillier).

Appendicite gangréneuse. Appendicectomie. Occlusion le 12e jour. Laparotomie. Agglutination d'anses. Iléostomie. Guérison.

M. F..., 23 ans. Appendicite en crise (2e crise).

Intervention le 3 septembre 1921. Appendice adhérent, gangréneux, perforé. Appendicectomie avec enfouissement. Drainage du Douglas.

Suites favorables.

Le douzième jour, signes d'occlusion aiguë du grêle.

Réintervention. Anses grêles distendues en amont d'une masse d'anses agglomérées dans la fosse iliaque droite. Entérostomie de Nélaton, sans tentative de libération.

Apparition des selles par l'anus le dixième jour.

Fermeture ultérieure spontanée de la fistule, après échec d'une tentative de cure radicale.

Observation 24 (*in* Theillier).

Appendicite aiguë. Appendicectomie. Signes d'occlusion. Laparotomie. Agglutination d'anses. Libération des adhérences. Guérison.

Femme, 40 ans. Appendicectomie le 27 janvier 1923 : appendice gros et adhérent. Drain et mèches.

Apparition progressive de phénomènes occlusifs.

Laparotomie médiane le 24 février 1923 ; magma d'adhérences dans la fosse iliaque droite, au milieu desquelles le grêle est coudé en canon de fusil. Libération difficultueuse.

Guérison.

Brides.

Observation 25 (résumée) (Robert Lion).

Occlusion intestinale un mois après appendicectomie. Etat général très grave. Sérum salé hypertonique. Laparotomie consécutive. Section d'une bride épiploïque. Guérison.

Homme, 34 ans. Occlusion aiguë du grêle par bride (déclarée un mois et demi après une appendicectomie avec libération d'adhérences et résection de l'épiploon). Occlusion vue seulement quatre jours après le début. Vomissements fécaloïdes répétés depuis la veille. Etat très grave. Pouls incomptable, sueurs profuses, langue et lèvres sèches. Malade jugé inopérable. Injection intraveineuse de 20 cmc. de

NaCl à 20 pour 100 et lavage d'estomac. Dans la demi-heure qui suit l'injection, transformation complète du patient : pouls plus fort et plus ample, comptable, à 100. L'amélioration est telle qu'on intervient. Libération d'une anse grêle étranglée par une bride (moignon épiploïque adhérent à la cicatrice pariétale). Injection de 500 gr. de sérum physiologique durant l'opération. Aussitôt après celle-ci, pouls de nouveau très rapide. Nouvelle injection de 20 cmc. de NaCl à 20 pour 100, toutes les quatre heures, durant trente-six heures. Emission de gaz à la 18e heure. Guérison sans incidents.

Observation 26 (*in* Theillier).

Appendicite gangréneuse. Appendicectomie. Occlusion intestinale le 10e jour. Laparotomie. Section d'une bride épiploïque. Guérison.

M. B..., 6 ans. Appendice en crise. Ablation d'un appendice gangrené.

Au dixième jour, phénomènes d'occlusion.

Laparotomie médiane au bout de vingt-quatre heures. Section d'une bride épiploïque coudant le grêle à 30 centimètres de la valvule iléo-cæcale.

Guérison sans incident.

Observation 27 (*in* Theillier).

Appendicite aiguë. Appendicectomie à la 12e heure. Occlusion intestinale le 10e jour. Laparotomie. Bride partant du moignon appendiculaire. Guérison.

Mlle D..., 10 ans. Appendicite en crise, opérée à la douzième heure, le 3 décembre 1925. Ablation d'un appendice rouge, congestionné.

Au huitième jour, apparition de douleurs à forme de coliques passagères. Temporisation pendant quarante-huit heures.

Au dixième jour, devant la persistance des coliques et l'arrêt des matières, une réintervention est décidée.

Laparotomie médiane : le grêle est coudé par une bride partant du moignon appendiculaire et se fixant, d'autre part, sur le mésentère. Section de la bride.

Guérison sans incident.

Observation 28 (in Theillier).

Appendicite chronique. Appendicectomie. Occlusion intestinale le 10e jour. Laparotomie. Section d'une bride partant du moignon appendiculaire. Guérison.

Mme B..., 25 ans. Appendicite chronique avec troubles gastriques très accentués : digestions difficiles, état nauséeux au réveil. Ptose rénale droite, facilement réductible.

Intervention le 17 janvier 1911. Néphropexie suivie d'appendicectomie simple : appendice ne présentant aucune adhérence.

Au septième jour, douleurs, vomissements, ballonnement abdominal. Temporisation pendant trois jours, glace et antispasmodiques. Devant la persistance des accidents, réintervention.

Laparotomie médiane : section d'une bride épiploïque partant du moignon appendiculaire et étranglant le grêle à à quelques centimètres de la valvule iléo-cœcale. Au cours de la réintégration des anses intestinales extrêmement dilatées, rupture intestinale.

Mort après quarante-huit heures.

Observation 29 (*in* Theillier).

Appendicite aiguë. Appendicectomie. Crises de sub-occlusion. Laparatomie. Libération d'une anse adhérente au moignon appendiculaire. Iléostomie. Guérison.

Mme T. R..., 21 ans. Appendicite aiguë avec aspect typhique.

Intervention d'urgence le 21 avril 1918, par laparatomie médiane. Appendicectomie sans enfouissement.

Suites favorables au début.

Au huitième jour, apparition de douleurs diffusées à tout l'abdomen, avec vomissements et ballonnement considérable du ventre. Reptation des anses sous la paroi. Mais il y a émission de quelques gaz, et on décide de surseoir à l'intervention. Rechutes intermittentes.

Réintervention le 21 mai. Incision para-médiane. Aucune adhérence à la face profonde de la première laparomie. On reconnaît l'existence d'un accolement du grêle à la paroi cœcale, exactement au point où a été sectionné l'appendice.

La vitalité de l'anse grêle paraissant douteuse, après décollement, on la met à la paroi et on pratique un drainage à la Witzel.

Suites simples. Fermeture spontanée de la fistule. Guérison.

Observation 3o résumée (Gaudin *in* thèse Joubert).

Appendicite aiguë. Appendicectomie. Occlusion intestinale le 8e jour. Laparotomie. Volvulus iléo-cæcal. Détorsion. Résection d'une bride. Guérison.

Mlle J... 25 ans, entre en décembre 1923 à l'Hôtel-Dieu de Nantes pour appendicite subaiguë. Appendicectomie, ni drainage, ni enfouissement. Les suites opératoires sont normales, la malade est purgée le 4e jour et va à la selle.

Huit jours après l'intervention, brusquement, coliques violentes. Tous les calmants restent sans grand effet. Dans la journée, les signes d'occlusion mécanique se précisent. Le lendemain matin laparotomie médiane. On constate une torsion complète d'un tour et demi du segment iléo-cæcal. Le cæcum était distendu et présentait au niveau de son bas-fond le moignon appendiculaire vert et sphacélé. Le segment iléo-cæcal détordu, les matières reprennent leur cours. Résection d'une bride lâche allant de la portion moyenne du côlon ascendant à la paroi et autour de laquelle s'était produit le volvulus, fermeture sans drainage, suites opératoires simples.

Le cæcum était flottant, la cæcoplicature n'a pas été pratiquée au cours de l'intervention pour ne pas allonger le temps opératoire.

La malade qui a été suivie a présenté depuis deux petites crises douloureuses (?) au niveau de la fosse iliaque droite, mais sans phénomènes d'occlusion.

Observation 31 (Inédite).

Appendicite aiguë opérée dans les 48 heures. Appendicectomie. Drainage. Ouverture d'un abcès par la cicatrice. Un mois après, symptômes d'occlusion incomplète qui disparaissent spontanément.

Muguette M..., 6 ans 1/2 entre le 3 janvier 1929 à la clinique du Dr Foisy pour une crise d'appendicite datant de 48 heures. La douleur est apparue brusquement dans la fosse iliaque droite, elle s'accompagne de vomissements et de constipation.

A son entrée la malade présente de la rétention d'urine nécessitant un catéthérisme. La température est à 38°5, le pouls est accéléré, la douleur vive avec contracture à droite.

Intervention d'urgence. Opérateur Dr Foisy.

Incision de Walther : liquide louche dans l'abdomen, appendice pelvien gangrené à sa pointe. Appendicectomie. Nettoyage à l'éther du Douglas qui contient du liquide fétide. Drain dans le Douglas. Fermeture de la paroi profonde à points séparés.

Suites normales. La malade est subfébrile jusqu'au 7 janvier. A ce moment la température s'élève et devient oscillante. Elle atteint 40° le 10. Le 11, évacuation d'une grande quantité de pus par la cicatrice. La suppuration reste longtemps très abondante. La température oscillante pendant

une quinzaine de jours, puis atteint la normale 1er février.

Le 4 février dans l'après-midi surviennent des coliques très violentes avec péristaltisme. La malade n'a pas eu de selles depuis deux jours. La question se pose de réintervenir. On donne un lavement qui ramène une selle, mais les coliques persistent toute la nuit. Pendant quelques jours, alternatives de calme et de crises de coliques qui durent plusieurs heures et sont calmées par l'émission de selles très abondantes, diarrhéiques et fétides. On donne chaque jour un peu d'huile de ricin, mais souvent sans résultat. Du 11 au 14 février, on note des crises de coliques alternant avec des périodes de rémission et sans évacuation intestinale. L'abdomen est très ballonné. Le 14 février, on assiste à une abondante débâcle de matières et de gaz et les jours suivants les selles sont devenues régulières et l'enfant peut quitter la clinique le 19 février.

Revue depuis elle est actuellement en bonne santé et ne souffre plus.

Observation 32 (Vianney).

Appendicite aiguë (2e crise) avec péritonite généralisée. Appendicectomie à chaud. Une semaine plus tard, occlusion intestinale, guérison spontanée.

Enfant de 9 ans, première crise d'appendicite avec abcès incisé et drainé sans appendicectomie. Deuxième crise 2 mois après, avec réaction péritonéale marquée.

Laparotomie médiane : Péritonite généralisée, sans aucune tendance au cloisonnement. Volumineux appendice entouré

de pus. Appendicectomie. Gros drain dans le Douglas. Suture de la paroi.

L'évolution de la péritonite fut enrayée, mais dans la semaine, signes d'occlusion : ballonnement, absence de gaz, coliques se reproduisant par crises avec contraction péristaltique visible sous la paroi.

On envisage une réintervention et on observe le malade pendant 48 heures. Or, après le déplacement du drain médian et administration de plusieurs doses d'huile de ricin coup sur coup, la circulation des matières se rétablit et la guérison survint sans nouvelle intervention.

OCCLUSIONS TARDIVES

Occlusions tardives après appendicite aigue

Observation 33 (Inédite).

Appendicite à répétition. Occlusion intestinale tardive. Laparotomie. Libération d'adhérences. Appendicectomie. Guérison.

M. P..., 51 ans, a présenté à l'âge de 26 ans une violente crise douloureuse de l'abdomen pour laquelle il a été soigné pendant deux mois. Pendant 7 ou 8 ans il n'a pas eu de crises ; ensuite nombreuses crises avec nausées, coliques, douleurs abdominales.

Actuellement le malade âgé de 51 ans présente depuis trois semaines des coliques incessantes, le 20 août 1927 : douleurs violentes, vomissements continuels, arrêt des matières et des gaz, météorisme, péristaltisme intestinal, pas de

température, bon pouls. Envoyé à l'hôpital par le Dr Loridant (de Brou).

Intervention le 21 août 1927. Opérateur : Foisy. Anesthésie : Ether.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. On trouve dans le petit bassin des anses grêles dilatées. Elles sont accolées entre elles par des adhérences vélamenteuses qu'on libère aux ciseaux. L'appendice est recourbé et adhérent au cæcum. Appendicectomie. Fermeture de la paroi en un plan.

Guérison.

Observation 34 (Inédite).

Occlusion intestinale à répétition, d'origine appendiculaire. Laparotomie. Libération d'anses. Entéro-anastomose au bouton de Jaboulay. Section d'une adherence épiploïque. Guérison.

M. de G..., 27 ans 1/2 a présenté en 1916, pendant sa captivité en Allemagne une crise douloureuse abdominale s'accompagnant de vomissements abondants alimentaires et bilieux. La douleur siégeait dans la région sous-ombilicale. La crise a duré 2 à 3 jours. Le malade n'a pas été vu par un médecin.

Puis d'autres crises surviennent avec des intervalles de 3 à 4 mois d'abord, et se rapprochent ensuite. Il a ainsi une dizaine de crises en un an. A ce moment le malade a beaucoup maigri et il est évacué en Suisse le 25 juillet 1917 comme grand malade. Pendant son séjour en Suisse il n'a qu'une ou deux crises avec douleurs et vomissements.

Rapatrié en France en juillet 1918 il a dans le cours de

l'année deux crises peu violentes. De juillet 1919 à juillet 1920, il a quelques crises.

En juillet 1920 crise débutant par des douleurs abdominales, des vomissements bilieux abondants, s'accompagnant de frissons, de fièvre et de diarrhée. La crise a duré huit jours. Les douleurs abdominales ont persisté pendant plusieurs jours.

Le 1er novembre 1920, crise avec douleurs, qui dure huit jours, elle est suivie d'entérite avec glaires, mais pas de sang dans les matières. L'amaigrissement continue après cette crise.

Le 8 mai 1921, nouvelle crise. L'état général est bon, les selles régulières, mais le malade avait présenté pendant les jours précédents, alternativement des matières dures, et des matières liquides, parfois vertes, s'accompagnant quelquefois de glaires ou de sang. La crise débute par des coliques le matin avec vomissements bilieux abondants, fièvre, frissons pendant 2 ou 3 jours.

Le 17 mai, les douleurs et les vomissements réapparaissent.

Le 18, abdomen très ballonné avec quelques mouvements péristaltiques et des anses dilatées, surtout du côté gauche où on sent un gros boudin.

Température 39°. Pas de vomissements ; a été à la selle.

Le Dr Teyssier (de Cloyes) appelle le Dr Foisy en consultation. Diagnostic : occlusion intestinale incomplète. Le malade est transporté à l'hôpital de Châteaudun le 20 mai 1921. Il n'a pas de vomissements, mais présente des crises de coliques avec anses dilatées, bruit de glou-glou, selles fétides. Les crises sont incessantes. L'abdomen est encore

légèrement météorisé malgré purgation et lavements. La température oscille entre 38° et 39°

Examen radiologique : après douze heures, la bouillie est accumulée en 3 points : 1° dans le bassin ; 2° à gauche sous les fausses côtes ; 3° un peu dans le cæcum.

Intervention le 11 juin 1921. Opérateur : Dr Foisy. Aide : Dr Teyssier. Laparotomie sus et sous-ombilicale. On éviscère des anses grêles qui sont très dilatées sur une longueur d'environ 1 m. 50. A ce niveau l'intestin est coudé en V et adhère dans la profondeur.

On libère avec difficulté cette adhérence située à la face postérieure du flanc gauche. Cette libération a ouvert l'anse principale devenue libre et une anse intestinale dans la profondeur. Suture en deux plans au catgut de la perforation de l'anse libre. La suture de l'anse adhérente est beaucoup plus difficile. On fait un double surjet. Des gaz et un peu de matières s'étant écoulés, lavage à l'éther et mise en place d'une mèche à demeure. L'intestin grêle, à 30 cm. de la perforation suturée est complètement adhérent dans le petit bassin avec d'autres anses grêles et le côlon pelvien. Toute tentative de libération paraît impossible. Le cæcum n'est pas distendu, mais immobile. Son fond adhère au paquet d'anses grêles situé dans le petit bassin. On ne tente pas de dégager l'appendice qui est situé au milieu de l'amas d'anses grêles adhérentes au cæcum. Anastomose de l'iléon au-dessus de la partie adhérente avec la face antérieure du cæcum, au gros bouton de Jaboulay, avec surjet séro-séreux extérieur de renforcement. Une anse grêle de la partie supérieure de l'iléon présente une adhérence épiploïque assez serrée. On la supprime après double ligature. Suture

de la paroi au catgut chromé. Drainage par une mèche sortant près de l'ombilic. Crins sur le peau. Rachianesthésie 10 ctgr. scurocaïne. Ether pour finir.

Suites normales, sauf une petite fistule stercorale ayant peu duré.

Revu en octobre 1921. N'a plus de coliques, ni de vomissements, a repris beaucoup de poids. Très bon état Envoie de ses nouvelles chaque année. Ne souffre pas, n'a plus de crises.

Occlusions post-opératoires tardives.

Observation 35 (Inédite).

Péritonite généralisée d'origine appendiculaire. Drainage. Occlusion intestinale chronique. Laparotomie. Bride épiploïque bridant le cæcum. Appendicectomie. Guérison.

Mme R..., 51 ans, a présenté en 1911 une crise de coliques de peu de durée qui avait été soulagée par une évacuation de gaz. En 1912 elle souffre pendant plusieurs mois de douleurs persistantes siégeant dans la fosse iliaque droite et dans l'aine, non soulagée par la position couchée. Le 1er avril 1912, elle est prise brusquement d'une douleur aiguë dans la fosse iliaque droite avec fièvre et ictère. Elle est vue le lendemain par le Dr Mordret (du Mans) qui fait appliquer de la glace sur le ventre pendant dix jours puis décide d'intervenir le vingtième jour ; deux incisions ; une dans la fosse iliaque droite et une autre médiane. Drainage par le

vagin. La suppuration a duré deux mois. Diagnostic : péritonite généralisée d'origine appendiculaire. Deux mois après sa sortie de la clinique, une crise douloureuse survient avec prédominance dans la région épigastrique et dans la fosse iliaque droite. La douleur est calmée par la position couchée mais se renouvelle pendant un mois. Puis les crises douloureuses s'espacent et deviennent moins aiguës, jusqu'en août 1920 où apparaît une crise de coliques douloureuses siégeant dans la fosse iliaque droite, ne s'accompagnant pas de vomissements et se terminant par une débâcle diarrhéique. Le Dr Chevalier (de Vendôme) la voit alors, et fait le diagnostic d'appendicite. La crise se calme rapidement, mais une légère douleur persiste pendant les semaines suivantes. Un mois après, nouvelle crise douloureuse avec arrêt des gaz, calmée un peu par le repos et les compresses chaudes et soulagée par une émission de gaz. Dans l'intervalle des crises on note de la constipation. Le 4 décembre 1920, on assiste à une autre crise avec douleur nette dans la fosse iliaque droite et fièvre. Les coliques sont très douloureuses et se calment après évacuation des gaz.

Un examen radiologique (Dr Béclère) conclut à : bride cæcale probable sans fixation anormale du cæcum.

Intervention le 14 décembre 1920. Opérateur : Dr Foisy.

Incision du Jalaguier. L'épiploon très épais adhère d'une part à une incision de la fosse iliaque droite et d'autre part à une incision siégeant sur la ligne médiane faite antérieurement. On désinsère l'épiploon au doigt et on le resèque au ras du côlon transverse. Cette épiploon était tendu sur le cæcum qu'il bridait. L'appendice est très grêle, en position ascendante, adhérent à l'iléon. Il présente en son milieu

une portion amincie qui a dû être éliminée au cours de la première crise. La partie adhérente au cæcum est plus volumineuse. Le cæcum est immobile. Résection du méso et de l'appendice. Enfouissement au catgut. Suture de la paroi en trois plans.

Suites normales. Guérison. N'a plus de crises depuis l'opération.

Observation 36 (Inédite).

Appendicite opérée. Symptômes d'occlusion intestinale chronique. Laparotomie. Adhérences coudant l'iléon. Libération des adhérences. Guérison.

Mlle Raymonde B...,18 ans,est opérée le 19 mai 1925 pour appendicite à chaud par un chirurgien d'une autre ville : Appendicectomie. La suppuration dure 15 jours. Un an après apparaissent des coliques d'abord passagères puis survenant par crises, et s'accompagnant de vomissements et de bruit de glou-glou dans l'abdomen... Ces crises surviennent surtout à l'approche des règles. Le 2 avril 1927 elle est réopérée par le même chirurgien qui pratique une laparotomie médiane et enlève les annexes droites La malade n'éprouve aucun soulagement. Elle ressent de nouveau des crises de coliques ayant les mêmes caractères que précédemment. Elle vient consulter le Dr Foisy.

Intervention le 11 novembre 1927. Opérateur Dr Foisy.

Laparotomie médiane au niveau de l'ancienne cicatrice. On constate que les annexes droites ont été enlevées. L'utérus et les annexes gauches sont sains. Le cæcum est fixé. L'iléon n'est pas libre, il est coudé en dehors à angle aigu

par des adhérences. On libère aux ciseaux l'anse grêle et le cæcum. L'iléon étant étiré reprend son volume normal. Résection d'un gros paquet épiploïque adhérant à la cicatrice latérale.

Suites normales. Guérison. Ne souffre plus.

Observation 37 (*in* Theillier).

Appendicite aiguë. Appendicectomie. Occlusion 3 ans après. Laparotomie. Section d'une bride partant du moignon appendiculaire. Guérison.

M. T..., 36 ans. Appendicite aiguë avec péritonite généralisée.

Intervention d'urgence le 5 mars 1923. Appendicectomie sans enfouissement. Fermeture après drainage.

Suites troublées par des menaces d'occlusion, qui finissent par disparaître le quinzième jour.

Trois ans plus tard, crise occlusive.

Réintervention : long tractus fibreux partant du moignon appendiculaire encore visible et coudant avec une anse grêle. Résection de la bride.

Guérison simple.

Observation 38 (*in* Theillier).

Appendicite aiguë. Appendicectomie. Subocclusion 5 mois après. Laparotomie. Section d'une bride. Guérison.

Enfant, 7 ans, opéré au cours de la troisième crise aiguë d'appendicite, en août 1923.

En janvier 1924, apparition de phénomènes occlusifs : crises douloureuses, vomissements.

Laparotomie médiane : section d'une bride dans laquelle l'intestin, après s'être engagé, s'était étranglé.

Guérison sans incident.

Observation 39 (*in* Theillier).

Laparotomie 15 ans après appendicectomie. Section d'une corde épiploïque adhérant au moignon appendiculaire. Guérison.

Femme opérée en 1911. Trois mois après l'intervention, troubles douloureux pelviens, accompagnés de constipation opiniâtre.

Réintervention en 1924 : corde épiploïque adhérant fortement au moignon appendiculaire et comprimant l'iléon à 2 centimètres de la valvule iléo-cæcale. Section de la bride.

Guérison.

Occlusions tardives après appendicite chronique.

Observation 40 (Pilven) (Résumée).

Occlusion intestinale. Laparotomie. Adhérences épiploïques d'origine appendiculaire. Grave atteinte de l'état général. Sérum salé hypertonique. Guérison.

Femme de 48 ans en occlusion intestinale aiguë. Arrêt complet des matières et des gaz. Vomissements fécaloïdes depuis deux jours Etat général si mauvais qu'on hésite à opérer. Opération à l'anesthésie locale. Evacuation du grêle par ponction. Suppression de l'obstacle qui consiste en

adhérences épiploïques au niveau de l'angle iléo-cæcal englobant l'appendice petit, scléreux, adhérent. Résection d'épiploon. A ce moment le pouls devient impalpable. On fait pratiquer aussitôt, sans interrompre l'opération, une injection intra-veineuse de 40 cmc. de la solution à 20 pour 100 de chlorure de sodium. L'aspect de la malade change moins de cinq minutes après l'injection. Le pouls bat à 40, très régulier, presque fort, et le visage se colore. Renouvellement des injections, toutes les quatre heures. Emission d'une selle abondante vingt-quatre heures après l'opération. Guérison.

Observation 41 (Inédite).

Occlusion intestinale tardive par bride épiploïque. Laparotomie. Appendicectomie. Guérison.

M. M... P... est brusquement réveillé le 22 avril à 2 heures du matin par de violentes coliques, ayant leur maximum d'intensité entre l'ombilic et la symphyse pubienne. Il avait déjà présenté depuis quelques années des coliques avec maximum du côté droit. Ces crises ne s'étaient pas accompagnées de vomissements, elles étaient rapidement calmées.

Lors de cette crise le malade vomit tout ce qu'il absorbe, il essaye d'aller à la selle, sans résultat. Pendant toute la journée les coliques persistent, elles sont très douloureuses, sans émission de matières, ni de gaz. L'abdomen est ballonné et on peut voir se dessiner sous la peau les anses intestinales. Le 23, même état. Les vomissements continuent ainsi que les coliques, le ballonnement et le péristaltisme. Pouls rapide. Le malade est envoyé par le Dr Maksud (de Bonneval) à la clinique du Dr Foisy.

Intervention le 24 avril 1928. Opérateur Dr Foisy. Aide Dr Maksud.

Laparotomie médiane sus et sous-ombilicale. On sort du ventre une grande quantité d'anses grêles qui sont noirâtres avec infiltration hémorragique du mésentère. On trouve une bride épiploïque partie du bord gauche de l'épiploon qui s'insère au niveau de l'angle iléo-cæcal et étrangle les anses intestinales. Section de la bride et ligature des deux bouts. Ablation de l'appendice chroniquement enflammé. On rentre les anses intestinales. Fermeture de la paroi en un plan. Crins sur la peau.

Guérison avec éventration qui fut réparée plus tard.

Dix-huit mois après le malade est en excellente santé.

Observation 42 (Inédite).

Occlusion intestinale chronique. Laparotomie. Appendice adhérent au mésentère. Bride de Lane. Bride sigmoïdienne. Appendicectomie. Section des brides. Guérison.

Mlle Hélène L..., 25 ans, présente depuis le mois de mars 1929 des crises douloureuses abdominales. La douleur est violente et généralisée à tout l'abdomen avec maximum du côté gauche, elle ne s'accompagne pas de vomissements, mais de constipation. Pendant toute la crise on ne note aucune émission de matières ni de gaz ; au bout de deux ou trois jours, débâcle de matières. Pendant cette période, la malade est obligée de garder le lit, elle se sent très fatiguée, présente un teint terreux et a des vertiges. Depuis de nombreuses années, elle était déjà constipée.

Après la première crise, elle en présente plusieurs autres

avec des périodes de rémission de 3 à 4 semaines, pendant lesquelles une douleur légère et la constipation persistent.

Un examen radioscopique pratiqué en mai 1929 montre un côlon spasmé, et au niveau de l'angle splénique un accollement du côlon transverse et du côlon descendant en canon de fusil.

En octobre, on note une nouvelle crise. Une radioscopie faite à ce moment montre la même image qu'en mai. On pense à une péricôlite et on intervient le 24 octobre 1929. Opérateur : Dr Foisy. Aide : Dr Trouvé.

Laparotomie médiane. L'appendice est recourbé en V, adhérent au cæcum et retenu au mésentère par une bride. Appendicectomie et enfouissement. A quelques centimètres de l'angle iléo-cæcal, l'iléon est coudé à angle ouvert en haut par une bride de Lane qu'on sectionne. Péritonisation sous-iléale. L'exploration de l'anse sigmoïde montre une bride rétractile sigmoïdienne qu'on sectionne ce qui rend au méso-sigmoïde sa longueur normale. Paroi en deux plans. Crins sur la peau. Suites normales.

La malade revue depuis ne présente plus de crises, mais elle reste constipée.

Occlusions tardives par tumeur inflammatoire.

Observation 43 (Inédite).

Occlusion intestinale chronique. Laparotomie. Tumeur inflammatoire du côlon ascendant, contenant l'appendice et un calcul stercoral. Appendicectomie. Guérison.

Mme G..., 22 ans, est adressée par le Dr Chereau (de Verdes) pour des crises douloureuses abdominales qui ont débuté en décembre 1919. La crise ne s'accompagne pas de vomissements, la douleur siège dans la fosse iliaque droite, elle est violente pendant une journée et après la fin de la crise le côté droit reste plusieurs jours encore douloureux.

Vers le 10 avril 1920 les douleurs deviennent plus fréquentes, sous forme de coliques, sans vomissements, et s'accompagnant de diarrhée opiniâtre. La malade est obligée de garder le lit. Sa température reste aux environs de 38°. Elle entre à l'hôpital de Châteaudun le 19 avril 1920. A son entrée elle présente une douleur siégeant à droite. Pas de contracture, constipation, température 38°2.

Intervention le 22 avril 1920 pratiquée par le Dr Foisy. Anesthésie : chloroforme.

Incision du Mac-Burney qu'on agrandit ensuite. Le côlon ascendant est très long et prolabé, le cæcum haut situé et fixé. En tirant fortement en bas cette anse colique qui est très longue on voit apparaître l'appendice qui est en position ascendante et complètement accolé à la face antérieure du côlon. Dans sa partie supérieure il s'en distingue facilement, mais dans sa partie inférieure il pénètre dans une

grosse masse inflammatoire formant une tumeur du volume d'une petite mandarine. Section de l'appendice à sa base et décollement rétrograde. A l'endroit où il pénètre dans la tumeur on le rompt et on voit un gros calcul stercoral inclus dans la masse inflammatoire. Extirpation de ce calcul à la curette et cautérisation soignée de la cavité de la loge. Fermeture par deux catguts de l'orifice de la loge, puis surjet séro-séreux d'enfouissement, y compris le moignon de l'appendice. Suture de la paroi au catgut chromé, avec petit drains. Crins sur la peau.

Suites normales. Guérison.

Observation 44 (Inédite).

Appendicite avec occlusion intestinale chronique avec tumeur inflammatoire de la paroi. Appendicectomie. Extirpation de la tumeur inflammatoire. Guérison.

M. Louis B..., 41 ans, présente depuis 14 ans des crises douloureuses de l'abdomen caractérisées par des coliques survenant après des travaux pénibles et sans vomissements. Il était obligé de garder le lit pendant deux ou trois jours. Les douleurs siégeaient autour de l'ombilic. Ces crises se répétaient tous les deux ans environ jusqu'en 1908. Depuis cette époque, elles surviennent tous les ans et présentent les mêmes caractéristiques.

Depuis trois ans, la douleur se localise du côté droit, la palpation révèle une douleur dans la fosse iliaque droite ; en dehors des crises on ne note aucun signe.

Depuis décembre 1912 les crises sont plus fréquentes, elles apparaissent tous les mois, en janvier, février et mars.

En décembre, pour la première fois, la crise s'est accompagnée de vomissements bilieux. De plus, on note un arrêt des matières et des gaz pendant 12 à 14 heures. Un soulagement important survient quand se produit une émission de gaz. Les crises deviennent de plus en plus longues, elles nécessitent 15 jours de repos ; toutes ne sont pas aussi aiguës, elles ne s'accompagnent pas toujours de vomissements et d'arrêt des matières et des gaz.

En décembre 1912, apparaît une grosseur dans la fosse iliaque droite et la palpation de cette région dans l'intervalle des crises reste douloureuse. En juin 1913, survient une crise de faible intensité.

En septembre 1913, crise violente avec douleurs et vomissements bilieux. Cette crise dure deux jours. La douleur nécessite des injections de morphine. Quinze jours plus tard apparaît une crise de moindre importance et le malade entre à l'hôpital de Châteaudun le 10 octobre 1913.

A ce moment il est constipé, reste plusieurs jours sans aller à la selle et ne présente plus de débâcles diarrhéiques après ces périodes de constipation. Quand il a un arrêt des gaz, l'abdomen est dur et ballonné. La tuméfaction de la fosse iliaque droite est douloureuse à la palpation. L'amaigrissement est important. Depuis son entrée à l'hôpital on lui a donné cinq purgations, ces dernières sont longues à agir et provoquent des coliques et du ballonnement du ventre.

Examen du sang : leucocytose : 28.000. Polynucléose à 68 %.

Diagnostic : appendicite à forme occlusive avec tumeur inflammatoire de la paroi.

Intervention le 5 novembre 1913 : opérateur : Dr Foisy.

Incision verticale latérale, l'aponévrose du grand oblique adhère au muscle qui est infiltré et dégénéré. On incise le muscle et on tombe dans une cavité contenant une bouillie jaunâtre. Le péritoine est ouvert et on voit deux paquets d'épiploon adhérents à la paroi. On les lie et les coupe à distance. On trouve l'appendice en position antérieure et ascendante, dont l'extrémité entre dans la tumeur de la paroi. Section d'appendice, enfouissement. On prolonge l'incision par une deuxième horizontale en dehors. On sectionne l'appendice et on enlève toute la portion de muscle enflammé contenant la cavité de l'abcès auquel l'appendice adhère. Lavage à l'éther du cæcum et de la fosse iliaque. Paroi au catgut. Crins sur la peau. Drain sous-cutané.

Suites normales. Guérison.

Observation 45 (G. Jean et Fontaine.)

Pseudo-tumeur inflammatoire d'origine appendiculaire.

Occlusion intestinale avec voussure et perception d'une masse volumineuse dans la fosse iliaque droite.

On trouve une tumeur inflammatoire scléro-lipomateuse du volume d'une grosse tête de fœtus englobant le cæcum, l'appendice, la moitié du côlon ascendant, et la fin de l'iléon. Appendice épais, rouge. Extirpation de la masse, appendicectomie. Guérison.

Appendice.— Appendicite chronique avec épaississement considérable des tuniques et sclérose. Pas de lésions aiguës nettes.

Tumeur. — Masse seléro-adipeuse avec amas lymphoïdes peuvent représenter des follicules ganglionnaires dégénérés.

Rétrécissement cicatriciel.

Observation 46 (Guimbellot et Laffite).

Appendicite aiguë. Appendicectomie. Symptômes de subocclusion au 15e jour, se répétant pendant un mois et demi. Laparotomie. Rétrécissement de l'iléon. Résection. Guérison.

Françoise T..., 3 ans. Première crise d'appendicite en août 1924 traitée par le refroidissement. Deuxième crise le 16 novembre 1924.

Intervention. Incision de Mac Burney. Liquide louche abondant. Appendice gros, congestionné, au milieu d'anses grêles adhérentes. Libération des adhérences, écoulement de liquide purulent. Appendicectomie. Enfouissement. Suites simples.

Quinze jours après, apparition de coliques survenant par crises et s'accompagnant de vomissements et de bruits de glou-glou. Ces bruits se répètent tous les huit jours, puis tous les deux jours.

Le 14 janvier 1925, les crises sont très rapprochées, les vomissements sont incessants, et l'amaigrissement considérable.

Intervention. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Section après ligature d'une frange épiploïque adhérente au fond de l'utérus. Une anse grêle du volume d'un bras d'adulte plonge dans le petit bassin et adhère à l'utérus. Au delà,

l'anse se coude et son volume se réduit au volume de l'index. On détache l'anse de l'utérus. A ce niveau siège un véritable anneau cicatriciel de striction qui laisserait à peine passer une plume d'oie, au-dessus la paroi de l'iléon est amincie et prête à se perforer. Résection de la portion rétrécie sur 10 cmc. Fermeture des deux bouts et anastomose latéro-latérale. Fermeture de la paroi au crin sans drainage.

Suites d'abord simples. Selles spontanées le 3e jour. Le 4e jour les douleurs réapparaissent, l'amaigrissement continue. Le 26 janvier la situation est désespérée, température 36°. Pouls à 60.

Intervention. — Incision de la cicatrice médiane, agglutination d'anses par des adhérences lâches. Dans la région sous-ombilicale tuméfaction du volume d'un œuf. C'est le moignon de l'épiploon réséqué antérieurement. On le resèque plus haut et on ouvre ainsi entre les anses grêles un abcès enkysté contenant une cuillerée à soupe de pus jaune, bien lié. Marsupialisation de l'abcès en fixant à la paroi les anses grêles voisines. Fermeture de la paroi au fil de lin.

L'opération a été bien supportée. La petite malade se rétablit rapidement. La plaie s'est cicatrisée le 12 mars 1925.

17 mois après, la malade se portait bien.

Volvulus.

Observation 47 (Kollis *in* Sacerdot).

Subocclusion intestinale. Laparotomie. Volvulus du cæcum par torsion selon son axe longitudinal, avec adhérence de l'appendice. Mort par urémie.

Une femme de 50 ans se plaignait depuis une semaine de vives douleurs abdominales mal localisées, elle vomissait régulièrement une fois par jour. Elle entra à l'hôpital parce que ses douleurs avaient augmenté et que les vomissements étaient incessants. Température 37°8, pouls à 88, faible. L'abdomen était très distendu, souple, sensible à la pression, surtout dans la région appendiculaire. L'intervention eut lieu immédiatement. La laparotomie médiane mit à nu une volumineuse tumeur kystique rappelant un kyste ovarien ; en réalité, il s'agissait du cæcum extrêmement dilaté. L'intestin grêle était également distendu, mais le côlon était normal. Le cæcum attiré au dehors, on vit qu'il avait subi une rotation de 180°, selon son axe longitudinal, et dans le sens des aiguilles d'une montre.

A sa partie externe, point d'attache à la paroi abdominale postérieure, se voyait un appendice extrêmement adhérent, long de 6 centimètres, dirigé en haut et en arrière jusqu'au-dessous de l'union du cæcum et du côlon. Là, son extrémité libre était fixée par une bande fibreuse dont la formation n'était certainement pas récente. L'appendice fut libéré et enfoui dans le cæcum. On déroula ce dernier et le ventre refermé.

Les suites immédiates furent bonnes, mais le malade succomba le troisième jour à des symptômes urémiques.

Observation 48 (Sacquépée).

Occlusion intestinale. Laparotomie. Volvulus de l'iléon avec adhérence de l'appendice. Iléostomie. Mort.

Le malade âgé de 41 ans, avait eu trois crises d'appendicite, dont la dernière, un mois auparavant; pris brusquement de phénomènes d'occlusion, il avait été amené au Val-de-Grâce où les premiers jours on était parvenu, au moyen de purges et de lavements, à rétablir le cours des matières. Mais, quelques jours après, les accidents avaient reparu plus intenses que jamais et avaient nécessité une intervention. La laparotomie pratiquée par M. le Professeur Robert, montra des anses grêles réunies en paquet par des adhérences faciles à décoller: mais quelques anses plongeant dans le bassin sont plus solidement accolées, et, en essayant de les libérer, on en déchire une, si bien que l'on termine l'opération en établissant un anus contre nature. L'autopsie pratiquée quelques jours plus tard permit de constater les lésions : la portion terminale de l'iléon, sur une longueur de 50 cmc., présente la disposition suivante; partant du cæcum, elle plonge en bas verticalement, décrit ensuite un tour et demi de spire en se dirigeant à gauche, les deux circonvolutions concentriques adhèrent très fortement entre elles. Au point de vue central de la spire, l'intestin plonge en arrière et en haut, présentant en ce point une flexion à angle aigu sur sa direction précédente, c'est à ce niveau, que siégeait évidemment l'obstacle. Puis, l'iléon toujours adhé-

rent à la portion en spire, se dirige en haut et à droite pour aller rejoindre la perforation accidentelle. Cette perforation siège immédiatement au-dessus de la portion en spire, elle a été provoquée par une forte adhérence qui s'insère, d'une part, sur le bord du bout supérieur de la perforation, d'autre part, sur la partie la plus terminale de l'iléon, juste au niveau d'insertion de la pointe de l'appendice.

CONCLUSIONS

L'occlusion intestinale d'origine appendiculaire n'était autrefois qu'une curiosité anatomo-pathologique due uniquement aux étranglements par l'appendice lui-même. Puis elle est devenue une entité clinique intéressante que l'on a vue apparaître à toutes les phases de l'appendicite.

Pathogénie. — Comme dans toutes les occlusions intestinales deux formes peuvent se présenter : l'iléus paralytique et l'iléus mécanique. Dans un grand nombre de cas, il y a coexistence de ces deux formes, c'est ce qui donne d'ailleurs une physionomie particulière à l'occlusion d'origine appendiculaire.

Anatomie pathologique. — Les variétés d'obstacles mécaniques sont nombreuses. Les plus fréquentes sont : les agglutinations d'anses, les coudures, les brides simples ou épiploïques, les abcès. Parmi les variétés plus rares, on notera les étranglements par l'appendice lui-même, le volvulus, les tumeurs inflammatoires, les rétrécissements cicatriciels de l'iléon.

Symptômes et évolution. — Il existe trois formes principales d'occlusion d'origine appendiculaire :

1° Les occlusions survenant au cours de la crise d'appendicite aiguë ;

2° Les occlusions apparaissant après intervention (occlusions post-opératoires) ;

3° Les occlusions tardives pouvant survenir après des appendicites aiguës opérées ou non, ou après une longue phase d'appendicite chronique.

1° L'OCCLUSION AU COURS DE L'APPENDICITE AIGUE. — Elle peut se présenter sous deux aspects distincts suivant ses conditions d'apparition.

A) *L'occlusion complique la crise.* — C'est au cours d'une crise d'appendicite aiguë présentant ses caractères classiques, ou même parfois, alors que la crise avait semblé s'apaiser depuis deux ou trois jours, que l'on voit apparaître, en plus de la constipation habituelle, des coliques, du ballonnement et des vomissements. L'arrêt des matières et des gaz devient absolu et le tableau de l'occlusion aiguë se complète. Cette forme est grave et nécessite une intervention d'urgence sur le foyer appendiculaire pour lutter contre la péritonite et pour lever l'obstacle s'il y a lieu.

B) *L'occlusion masque l'appendicite.* — Dans ce cas c'est le syndrome d'occlusion qui domine. L'appendicite causale peut passer inaperçue, mais peut être soupçonnée par la recherche des crises antérieures ou par un examen minutieux qui révèle parfois des signes discrets. La douleur du phrénique

droit serait en particulier un bon signe d'appendicite.

Ces formes sont toujours graves parce qu'elles indiquent une péritonite toxique et parce qu'elles apparaissent chez des malades peu résistants ou tarés.

2° L'occlusion post-opératoire. — Elle survient après des opérations pour appendicite aiguë ou chronique, que l'appendice ait été enlevé ou que le foyer ait été simplement drainé. Elle peut être précoce, retardée ou tardive. Sa fréquence est de 3 % après appendicite aiguë.

A) *Occlusion post-opératoire précoce.* — Elle apparaît du deuxième au quatrième jour après l'intervention. Elle est due le plus souvent à la persistance ou à la reprise des signes péritonéaux et elle réalise le tableau de l'iléus paralytique. Elle cède parfois au traitement médical, mais nécessite dans quelques cas une réintervention.

B) *Occlusion post-opératoire retardée.* — Elle survient du sixième au vingtième jour après l'opération, alors que le malade allait entrer en convalescence. Elle est due le plus souvent à un obstacle mécanique : agglutination d'anses, coudures, brides. Parfois, c'est un abcès qui la provoque surtout dans les appendicites pelviennes. Cet abcès peut s'ouvrir spontanément ou bien doit être évacué. Toutes ces formes sont extrêmement graves, et le pronostic est facteur du mécanisme de l'occlusion de la résistance du malade et de la précocité de l'intervention.

3° L'occlusion tardive. — Elle apparaît après des appendicites aiguës opérées ou non, ou après une longue phase d'appendicite chronique. Elle peut être aiguë d'emblée, mais le plus souvent la phase aiguë est précédée par des crises du subocclusion. L'occlusion tardive est toujours due à un obstacle mécanique : le plus souvent une bride ou un amas d'adhérences ; plus rarement elle est provoquée par un tumeur inflammatoire. La gravité de cette forme est bien moins grande que celle des occlusions qui évoluent en même temps que la péritonite.

Diagnostic. — Il importe d'abord de faire le diagnostic d'occlusion en éliminant les hernies étranglées, et en particulier les variétés rares, et les syndromes douloureux de l'abdomen. Il faut ensuite rechercher la nature de l'occlusion. On peut, dans certains cas, différencier l'iléus paralytique parce qu'il s'accompagne de signes péritonéaux, avec absence de péristaltisme, de l'iléus mécanique qui est caractérisé par l'existence de signe d'occlusion à leur maximum. On essayera alors de localiser le siège de l'obstacle qui est le plus souvent sur le grêle près de l'angle iléo-cæcal, plus rarement il est situé sur le gros intestin.

S'il est facile de rapporter l'occlusion à l'appendicite lorsque celle-ci est reconnue, ou bien dans les formes post-opératoires, il est beaucoup plus délicat d'en faire la preuve dans les formes d'occlusion primitive. C'est par l'interrogatoire et la recherche

des antécédents du malade qu'on pourra retrouver la cause appendiculaire. Il faudra éliminer l'iléus par diverticule de Meckel, l'iléus biliaire, l'invagination intestinale. Dans les formes tardives on devra éliminer le cancer et la tuberculose.

Le diagnostic de nature de l'obstacle est difficile à préciser, si ce n'est à l'intervention. L'examen ne pourra donner que des signes de probabilité.

Traitement. — Le traitement des occlusions intestinales d'origine appendiculaire pose des problèmes variés suivant la date et le mode d'apparition de l'occlusion.

1° L'occlusion au cours de l'appendicite aigue. — Elle peut apparaître au cours de la crise et la compliquer, ou bien être primitive et masquer les signes appendiculaires.

A) *L'occlusion complique la crise.* — L'intervention doit être immédiate. C'est une laparotomie latérale large pour rechercher l'appendice et la cause de l'occlusion. On drainera avec un Mikulicz dans les cas graves. Il sera bon de mettre le malade en position assise et dans les appendicites gangréneuses d'injecter du sérum anti-gangréneux et anticoli. Une purgation légère, dès le lendemain de l'opération et une injection de péristaltine nous semblent nécessaires pour obtenir une évacuation précoce de l'intestin.

Si malgré ce traitement la débâcle n'est pas obtenue et si l'état général reste déficient, il faudra faire

des injections de sérum physiologique pour lutter contre la déshydratation et des injections intra-veineuses de sérum salé hypertonique préconisées par Gosset, Binet et Petit-Dutaillis pour combattre l'auto-intoxication qui s'accompagne d'hypochlorurémie et pour exciter le péristaltisme.

Si malgré tout une amélioration ne se produisait pas, il faudrait recourir à l'iléostomie qui est la seule chance de succès.

B) *L'occlusion masque l'appendicite.* — Il importe d'intervenir d'urgence pour rechercher la cause de l'occlusion et la supprimer. Si l'état général le permet, on pourra faire une rachi-anesthésie parce qu'elle provoque souvent une débâcle de matières qui vide l'intestin et rend l'intervention chirurgicale plus facile. Mais elle est dangereuse chez les infectés et les intoxiqués ce qui est souvent le cas dans les occlusions d'origine appendiculaire.

On interviendra par la voie médiane qui permettra de se rendre compte de l'étendue des lésions. Il faudra rechercher la cause de l'obstacle et dès qu'on aura découvert sa nature appendiculaire l'appendice sera enlevé et l'obstacle levé : section ou excision d'une bride, libération d'anses adhérentes, etc... Si cette libération est impossible on aura recours à la dérivation des matières. L'entéro-anastomose est préférable, mais si l'état général du malade ne permet pas de la faire, il faudra pratiquer une iléostomie.

2° L'occlusion post-opératoire. — Elle peut être

précoce, retardée ou tardive. Mais pour éviter l'occlusion le traitement doit être avant tout prophylactique.

A) *Traitement prophylactique.* — Sa réalisation exige une opération précoce des appendicites à chaud et des précautions techniques opératoires. Parmi lesquelles nous citerons : manipuler avec douceur les anses, éviter de les mettre en contact avec la peau iodée, faire des ligatures soignées, enfouir le moignon lorsque la paroi cæcale le permet, drainer au minimum, rechercher les adhérences, suturer le péritoine pariétal avec soin, évacuer précocement l'intestin.

B) *Occlusion post-opératoire.* — Elle est due le plus souvent à la persistance de la péritonite. Aussi le traitement médical pourra être tenté : application de glace, petites doses de Calomel, injections de péristaltine et de sérum salé hypertonique. Mais il ne faut pas s'attarder, et si la débâcle ne survient pas, seule l'iléostomie précoce peut amener la guérison.

C) *Occlusion post-opératoire retardée.* — Elle est provoquée le plus souvent par un obstacle mécanique. Il faudra s'assurer d'abord qu'il n'y a pas d'abcès du Douglas ou de la fosse iliaque droite. Et si cette recherche ne donne pas de résultat il faut intervenir par une laparatomie médiane. On ira à la recherche de l'obstacle et on tentera de le lever. S'il était impossible de libérer des adhérences étendues

la dérivation des matières s'impose par entéro-anastomose.

3° L'occlusion tardive. — L'occlusion tardive peut être d'emblée aiguë ou être précédée de crises de subocclusion chronique : dans les deux cas la laparatomie médiane s'impose pour lever l'obstacle. Une bride sera sectionnée ou incisée, des adhérences seront libérées, et en cas d'impossibilité c'est encore à l'entéro-anastomose qu'on aura recours.

S'il y a tumeur inflammatoire, il faudra l'extirper et éviter de pratiquer la résection iléo-cæcale qui en période d'occlusion donne des résultats désastreux.

Dans les cas de sténose cicatricielle de l'iléon c'est la résection intestinale qui s'impose si l'intervention peut être pratiquée en dehors d'une période aiguë. Si le malade est en pleine occlusion l'entéro-anostomose sera préférable.

Si on trouve un volvulus, l'anse sera détordue et les adhérences qui l'ont provoqué seront libérées. Si le cæcum est mobile, on le fixera.

En résumé, il faut faire une incision large pour pouvoir apprécier la nature et l'étendue des lésions lever l'obstacle et en cas d'impossibilité, faire une dérivation des matières.

Vu : le Président de thèse,
LEJARS.

Vu : le Doyen,
ROGER.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

1° Occlusion intestinale d'origine appendiculaire.

Arné. — Occlusion intestinale au cours de l'appendicite. Thèse Bordeaux, 1908.

Baranger. — Appendicite compliquée de deux abcès et d'occlusion intestinale (Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chir. Paris, 13 juin 1928).

Baranger (*J.* et *A.*). — Un cas d'appendicite gangréneuse à forme d'occlusion intestinale chez un enfant de onze mois (Soc. Anatom. Paris, juillet 1923).

Beneton. — Des appendicites pelviennes suppurées. Thèse Paris, 1927.

Bérard et *Vignard*. — L'appendicite. Lyon, 1914.

Carayon. — Occlusion intestinale d'origine appendiculaire. Thèse Lyon, 1904.

Duchaussoy. — Occlusion intestinale (Statistique présentée à l'Académie de Médecine, 1859).

Dupont. — De l'occlusion intestinale précoce après l'opération d'appendicite aiguë. Thèse Paris, 1921.

Durante (*L,*). — L'iléus paralytique comme complication de l'appendicite aiguë et son traitement par l'entérostomie (Archivio italiano di chirurgia, octobre 1928).

Fiolle et *Hayem*. — Occlusion intestinale par adhérence du grêle au moignon appendiculaire non enfoui (Bull. et Mém. Soc. de Chir. Paris, 6 juin 1928).

Flandrin. — Complications de l'appendicite chronique et séquelles de l'appendicectomie. Thèse Paris, 1922.

Foisy. — Appendicite gangréneuse et sérothérapie antigangréneuse (Arch. médico-chir. de province, janvier 1924).

Folliot. — Contribution à l'étude des occlusions intestinales vraies de cause appendiculaire. Thèse Bordeaux, 1904.

Gaudin. — Occlusions mécaniques d'origine appendiculaire. Thèse Paris, 1913-1914.

Grouew. — Des occlusions intestinales appendiculaires. Thèse Paris, 1906.

Guimbellot et *Laffitte.* — Appendicite aiguë. Appendicectomie. Rétrécissement de l'iléon (Bull. et Mém. Soc. nat. de Chir. Paris, 17 nov. 1926).

Huguier et *Lanos.* — Deux cas de péritonite avec occlusion aiguë après appendicectomie à froid (Paris Chirurgical, 1925).

Iliescu. — Le signe du phrénique droit dans l'appendicite (Académie de Médecine, 26 janvier 1926-30 nov. 1926; Arch. des Mal. tube digest., juillet 1928).

Jacquemaire (*René*). — Un cas d'occlusion spasmodique de l'intestin grêle à la suite d'une appendicectomie à froid (Soc. des Chirurgiens de Paris, 16 décembre 1927).

Jean (*G.*) et *Fontaine.* — Pseudo-tumeur inflammatoire d'origine appendiculaire (Soc. Anatom. Paris, novembre 1925).

Joubert. — Les occlusions intestinales précoces d'origine appendiculaire. Thèse Paris, 1927.

Kirmisson. — Société de chirurgie de Paris, 1901.

Körte. — Archives für Chirurgie. Berlin, 1911.

Krief. — Les Péricolites droites chroniques. Thèse Paris, 1928.

Lacroix. — Des occlusions intestinales post-opératoires. Thèse Montpellier, 1923.

Lamy. — Les occlusions intestinales mécaniques d'origine appendiculaire. Thèse Paris, 1907.

Landel. — Volvulus du Cæcum. Thèse Paris, 1930.

Lardennois. — Les Périviscérites adhésives de l'abdomen (Jour. Med. Français, février 1926).

— Les Péricolites chroniques (Rapport au XXXVIe Congrès français de Chirurgie).

Lecène et *Leriche.* — Thérapeutique chirurgicale.

Lenormant. — Des occlusions intestinales d'origine appendiculaire (Presse médicale, 24 juin 1911).

Maisonnet. — Occlusion intestinale consécutive à une appendicectomie d'urgence (Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chir. Paris, 6 juin 1928).

Marion. — Appendicite et occlusion intestinale (Gazette des Hôpitaux, 24 nov. 1900).

Martinais. — L'iléus par brides post-opératoires. Thèse Paris, 1930.

Picard. — Double occlusion intestinale par bride et circulaire de l'appendice (Société anatomique. Paris, juillet 1919).

Poupon. — Des pseudo-étranglements par péritonite primitive. Thèse Paris, 1886.

Sacerdot. — Des occlusions intestinales d'origine appendiculaire. Thèse Paris, 1926.

Theillier. — Traitement des occlusions intestinales après appendicectomie. Thèse Paris, 1928.

Thibierge. — De l'obstruction intestinale sans obstacle mécanique. Thèse Paris, 1884.

Vignaud. — L'appendicite dans ses rapports avec l'occlusion intestinale aiguë ou chronique. Thèse Paris, 1901.

Vilhès. — Occlusions intestinales post-opératoires. Thèse Paris 1929.

Walther. — Congrès français de Chirurgie, 1911.

Discussions de la Société de Chirurgie de Paris:

12 mars 1924 : Paul Mathieu, Dujarrier, Lardennois, Alglave.

19 mars 1924 : Roux Berger, Sauvé, Auvray.

26 mars 1924 : Savariaud, Negrié.

9 avril 1924 : Vanverts.

4 juin 1924 : Oudard.

11 juin 1924 : Stulz.

15 juin 1927 : Voncken, Chifoliau, Dujarrier, Mathieu, Sorrel, Mouchet, Cunéo, Basset, Alglave, Schwartz, Okinczyc, Arrou, Fredet, Mathieu, Novarro.

6 juillet 1927 : Vianey.

12 octobre 1927 : J. Petit.

19 octobre 1927 : Caraven.

7 décembre 1927 : Autefage, Vergoz.

2° Injection du sérum salé hypertonique.

Barbier. — Le chlorure de sodium en solution hypertonique dans l'occlusion intestinale aiguë (L'œuvre médicale).

Binet. — Remarques biologiques sur le mécanisme et le traite-

ment de l'occlusion intestinale (Bull. et Mém. Soc. Nat. de chir. Paris, 12 mars 1930).

Courty. — Le sérum salé hypertonique et camphré dans l'occlusion intestinale (Bull. et Mém. Soc. Nat. de chir. Paris, 4 décembre 1929).

Denis. — La thérapeutique salée dans l'occlusion intestinale (Presse médicale, 23 nov. 1929-8 fév. 1930).

Gosset, Binet et *Petit-Dutaillis*. — La valeur du chlorure de sodium dans les occlusions du tube digestif (Presse médicale, 7 janvier 1928, 15 fév. 1928, 8 févr. 1930).

Lion (*Robert*). — Une observation d'intoxication par occlusion intestinale haute, guérie par injections de chlorure de sodium à haute dose (Soc. des chirurgiens de Paris, 17 fév. 1928).

Pilven. — Injections intraveineuses de sérum salé hypertonique dans l'occlusion intestinale (Bnll. et Mém. Soc. de chir. Paris, 19 janv. 1929).

White (*J.-C*). — Le mécanisme de la mort dans l'occusion intestinale aiguë (Gazette des Hôpitaux, 22 et 29 août 1928.

3° Rachianesthésie dans l'occlusion.

Blécon. — Iléus et rachianesthésie. Thèse Paris, 1927.

Discussions de la société de chirurgie de Paris.

9 février 1927 : Pierre Duval.

2 mars 1927 : Lepoutre :

16 mars 1927 : Dujarier, Coville, Lecène, Riche.

23 mars 1927 : Mauclaire, Lapointe, Okinczyc, Picot, Bazy, Auvray.

6 avril 1927 : Paul Guibal.

27 avril 1927 : Mickel et J. Guibal, Pierre Duva

844. — Imp. de la Faculté de Médecine, Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris. — 4-30